Lane Medical Library

Ueber die Behandlung der **Ruptura uteri** mit completem Austritt des Kindes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

verfasst und

der hohen medizinischen Facultät

der kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimen Rathes Prof. Dr. F. Winckel

vorgelegt von

Oskar Schaeffer

aus Hamburg.

MÜNCHEN

Akademische Buchdruckerei von F. Straub

1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153307_0240

Meinen lieben Eltern

als geringes Zeichen kindlicher Dankbarkeit

gewidmet.

Unter 4000 Geburten der Münchener Klinik in den 5 Jahren 1883—88 waren 6 Uterus-Rupturen jeder Art zu verzeichnen, darunter 4 spontane und 2 violente. Zu einem ähnlichen statistischen Ergebnisse (1 : 666) kamen nur M'Clintock und Hardy mit 1:737; Collins fand sogar 1:482.

Bandl	zählte	1	Rupt.	auf 1200	Geb.
Braun v. F. . . .	„	1	„	„ 2500	„
v. Franqué					
1843—59 in Nassau	„	1	„	„ 3225	„
Jolly	„	1	„	„ 3403	„
Ramsbotham . . .	„	1	„	„ 4429	„
Bluff i. Aachen . .	„	1	„	„ 7466	„

Ebenso sehr, wie diese Zahlen, welche abhängig sind von der Operations-Lust der behandelnden Aerzte und so vieler rein äusserlicher Umstände, schwankt auch die Statistik der Heilungen. Jolly gab an, dass von 580 Fällen mit Gebärmutterzerreissung 100 Mütter = 17 % am Leben blieben, während Bluff 1840 von 62 Fällen 26 als genesen fand = 42,4 %. In der jüngst in München vorgelegten In.-Diss. von H. Dr. Rosemeyer werden seit der Listerschen Zt. bei Schieflagen 16 Rupturen mit 25 % Heilung berechnet.

Diese Differenzen ergeben sich aus der Mischung verschiedenartiger Fälle, spontaner, violenter, Kaiserschnittnarben-Rupturen etc. Aber für unsere auszustellenden Untersuchungen über den Werth der Laparotomie als der Cardinalbehandlung der completen Rupturen mit totalem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle, ist es vergleichsweise interessant, zu wissen, wie gross der Procent-Satz der geheilten Fälle aller Arten Rupturen ist. Ebenso muss das Ergebniss der prophylaktischen Operationen herangezogen werden.

H. Geh. R. Winckel stellt bei drohender Ruptur als vor allem indicirt die schleunigste Entbindung auf, mit oder ohne

Incision und Dilatation des genügend erweiterten Muttermundes. Bei beträchtlicher Beckenenge decapitirt oder embryotomirt man ohne Bedenken — denn bei erfolgtem completem Austritt ist das Kind doch verloren. — Ist das Becken weit genug, so ist in tiefer Narkose die Wendung zu machen, ev. bei vorliegendem Kopfe die Zange anzulegen. Ist das Becken ausserordentlich eng, die Gefahr auf dem Gipfelpunkt, so ist die Laparotomie am Platze.

Mit dem Forceps wurden nur 13,9 % gerettet, durch die Wendung 23 %, durch die rechtzeitige Laparotomie 68,4 %. Die Application der Zange ist demnach die ungünstigste Operation, besonders wenn sie unvollendet bleibt.

Ein solcher Fall wurde am 15. II. 1889, Abends $8^1/_2$ mit Wagen aus einem Vororte der Münchener Klinik zugeführt. Walpurga M. war 25 J. alt, verheirathet u. IV. para. In der Jugend war sie niemals krank gewesen. Ihre erste Periode trat in dem 13. Jahre ein. In den beiden darauf folgenden Sommern cessirten die Regeln ganz. Darauf traten sie regelmässig, aber wenig stark auf. Die Mutter war wassersüchtig gestorben, der Vater lebte noch und war gesund. Von ihren 3 Kindern lebte Eines, ein Mädchen, von der ersten Geburt vor 4 Jahren. Die zwei folgenden Mädchen starben nach 2 und 7 Monaten; die Entbindungen waren schwer, wurden aber alle ohne Hinzuziehung eines Arztes beendet. Die Wochenbetten verliefen ungestört.

Dieses Mal ist die Part. seit letzten Pfingsten nicht mehr menstruirt; in der Mitte des September spürte sie die ersten Kindsbewegungen. Die Wehen setzten am 14. II. Abends $6^1/_2$ ein. Morgens 7 Uhr des folgenden Tages erfolgte der Blasensprung. Das Kind lag in erster Gesichtslage. Da die Geburt keine Fortschritte machte, wurde ein Arzt gerufen. Derselbe machte vergebliche Versuche mit der Zange. Nachmittags erfolgte eine Zerreissung der Gebärmutter. Der hinzugerufene Prof. Stumpf diagnosticierte schon per visum, dass ein Kindestheil sich unmittelbar unter den Bauchdecken befand. Er sah und fühlte deutlich, wie gerade der übrige Theil des kindlichen Körpers in die Bauchhöhle übertrat, bzw. wie die Wand der Gebärmutter und das Peritoneum sich an der Rissstelle über den Leib der Frucht zurückzogen. Die Part. wurde sofort nach der per Wagen etwa $^1/_2$ Stde. entfernten Klinik transportirt. H. Geh.-R. Winckel präparirte unverzüglich die

Laparotomie in dem für die Operation bestimmten Saale; sie wurde $^1/_2$ Stunde nach der Ankunft begonnen, etwa 3 Stdn. nach der Ruptur.

Der Leib zeigte sich ungleichmässig gewölbt. Kindliche Herztöne oder Bewegungen wurden nicht mehr wahrgenommen. Bei der inneren Untersuchung wurde eine Verengerung des Beckens nicht bemerkt.

In der Gebärmutter fand sich ein vorderer Längs- und ein Querriss mit ausgedehnter Loslösung des Peritonäums; ferner ein Hämatom sub- und retroperitonäal. Die Frucht lag ganz ausserhalb des Uterus und in der Peritonäalhöhle. Der katheterisirte Urin war etwas bluthaltig.

Nach Durchtrennung der Bauchdecken präsentirte sich, fast gerade nach vorn liegend, der Rücken des Kindes; der Kopf stand auf dem Beckeneingang. Nach Entfernung des Kindes wurde die Placenta, indem die Nabelschnur als Wegweiser diente, herausgezogen. Nun zeigte sich ausser beträchtlichem extraperitonäalem Bluterguss (bis in die Gegend der Nieren) ein ca. 5—7 cm langer Längsriss an der vorderen Uteruswand, etwas nach Links gerückt.

Ein ebenso langer Querriss fand sich im Peritonäum. Dieser Letztere wurde zunächst vernäht, und zwar mit sero-seröser Naht, Peritonäum an Peritonäum, nachdem um den Uterus zur Stillung der Blutung ein dickes elastisches Drain-Rohr und darunter ein zweites dünneres gelegt worden war. Jetzt zeigte sich, dass die Unterminirung des Perit. uteri eine zu ausgedehnte war, als dass eine Naht des Längsrisses angezeigt gewesen wäre. Desshalb wurde der Uterus in toto mit den Ovarien über den elastischen Ligaturen abgetragen und der Stumpf vernäht, zuerst die Decidua allein, — ausserdem wurde auch ein kleiner Riss im Peritonäum vernäht — sämmtliche Nähte mit Catgut. Zur Blutstillung waren nur zwei Seiden-Ligaturen R und L nöthig. Die dickere elastische Ligat. wurde entfernt, die dünnere mit dem Stumpf versenkt. — Die Bauchwunde wurde mit fil de florence geschlossen. Zum Schluss: Verband — Catheter — Vaginalausspülung — Jodoform-Tampon in die Scheide gelegt. Beginn der Operation $9^1/_4$, Schluss $10^3/_4$ Uhr. Während der Narkose kein Erbrechen.

Das entwickelte Kind war ein todtes Mädchen: Länge 49 cm, Schwere 3750 gr.

Kopfdurchmesser: gross quer: $9^3/_4$, klein quer: $8^1/_2$,
gross schräg: $14^1/_4$, klein schräg $10^3/_4$,
grade 14, Umfang 41
Mentofront. Periph.: 34,0
Subocc. bregmat. Per.; 35,0

Der skelettirte Schädel, von vorne, resp. von hinten gesehen, gewährt den Eindruck, als ob er in einem, von oben nach unten wirkenden, Schraubstocke gesessen hätte. Mehrfache Fracturen zeigen offenbar die Wirkung der Zange an. Das linke Scheitelbein ist durch eine Fissur, welche vertical von der Sagittal-Naht über das Tuber parietale bis an die Sutur der Pars squamosa oss. temp. verläuft, in eine vordere und eine hintere Hälfte getheilt. Der sprödere Theil des Tuber weist eine Splitter-Fissur in der radiären Faserung des Knochens. Der linke Unterkiefer zeigt nahe der Protuberantia mentalis ein durch Doppelfractur völlig ausgesprengtes Stück, ausserdem noch zwei Fissuren, von diesen die Eine am oberen, die Andere am unteren Rande des Kiefers; sie bilden zwei spitzige Splitter, deren Basis nach vorne gerichtet ist und noch am Knochen haftet. Sie können also nicht anders gebildet sein, als durch eine von vorne, i. e. von der Pars mentalis, nach hinten und innen wirkende Gewalt. Die Stelle ihres Sitzes wirkt insofern trochlea-artig, als hier die Knochenfaserung den Scheitel des Winkels bildet, welchen die Concavität des Unterkiefers ausmacht. An der analogen Biegung des anderen, rechten Unterkiefers finden wir eine totale Fractur. Aus allem Diesem geht zur Genüge hervor, dass die Zange vom Kinne her in sagittaler Richtung über den Schädel angelegt worden ist. In seiner »Geburtshilfe» giebt Herr Geh.-R. Winckel, Fig. 115, die Abbildung einer ebenso, aber nur von der Pfeilnaht bis zum Tuber parietale, verlaufenden Fractur des Scheitelbeines, welche beim Passiren des Promontorium bei einem allgemein verengten glatten Becken sich bildete.

Die Nabelschnur war lang: 57 cm, dick $1^1/_2$. Eihäute vollständig. Der Mutterkuchen wog 610 g, 20 : 15 gross.

Uterus Länge (Fund. + Cervix Stück)	18,5	cm
,, Breite (Fundus)	16,0	
,, ,, (Collum)	11,0	
Höhe der Höhle	16,0	
Gewicht	1165,0	g.

Die Peripherie des inneren Muttermundes betrug 21 cm.
Die Dicke der Wandung am Fundus 2 cm,
„ „ „ „ in der Höhe des Contr. Ringes $2^1/_2$ cm.

Das Wochenbett.

Nachts 1 Uhr nach der Operation (16. II.) zeigte das Thermometer 37,5°. Schlaf mit Unterbrech. gut. Kein Frost, keine Schmerzen. Mit Kath. 40 ccm bluthalt., trüber Urin entleert. Kein Stuhl, keine Flatus, kein Kopfschmerz. Mittags 16. II. Scheiden-Tampon entfernt, wenig übelriechend. Temp.: 38,5, Puls 104. Ordin.: Eisblase auf Abd. Nachm. 16. II. Temp.: 37,5 — 37,2 — 37,0 — P. 108; — 37,5 — 38,0. Kein Erbrechen, kein Stuhl. Exurese versucht, nicht möglich. Cathet.: 475 ccm blut. Harn, nicht übelriechend. Kein Flatus. Kein Kopf- od. Leibweh. Mäss. Durst. Appetit vorhanden. Ausfluss blutig, nicht reichlich, nicht übelriechend — Leib bei Betastg. überall schmerzh., nicht aufgetrieben. Kein Husten. Ordin.: Eispill., 1 Eidotter.

17. II. Temp. 37,2 — Puls 92—96. Vorm. $11^3/_4$ h. — 36,3—36,9. Harnmenge seit gest. 1086. Nachts etw. geschlafen. Kein Stuhl. Meteorism. Kein Erbrechen. Cathet. und 1 Mal spont. Exurese. Ordin.: Wein mit Wass. Ei.

17. II. Nachm. 36,3 — 36,4 — 37,8 — P. 100 — 37,7. Seit Mitt. gehen Darmgase in gr. Menge ab. Wochenfl. nicht übelriechend. Allg. Bef. gut. Abd. Leib etw. aufgetrieb. üb. d. Sympt. u. nach R. zu etw. schmerzh. Mitt. etw. gall. Erbrechen. Cathet. Harn etw. blut. Zieml. viel Durst.

18. II. 36,8 — 36,5 P. 108 — 36,4 — 37,5 — 37,8 — 5 h Nachm.: 37,6 P. 100. Resp.: 24. Puerp. hat Nachts fast gar nichts geschlafen, ist aber schmerzlos. Kein Erbrech. mehr. Winde noch fortwähr. abgegangen; dadurch Abd. weniger aufgetrieb., ober. Rand des Verbandes spannt weniger. Gesichtsausdruck ruhig, Haut etw. icterisch. Zunge rein, feucht. Brüste nicht geschwoll., nicht empfindl. Secret minimal; kein Hust. — Aeuss. Genit., gr. Lab. stark oedemat., R fast gänseeigross. Keine Schmerz. Wochenfluss braunroth, zieml. reichl., nicht übelriech. — Kein Stuhl. Exurese spont. nicht mögl., durch Cathet. noch etw. blutig. Harn; Gesammtmenge seit gest. 1400. Puerp. klagt üb. keine Schmerz. nur in d. R. parametr. Gegd. Keine Oedeme. Ordin.: Eisbl. Wein mit Wassersupe, Ei.

19. II. 38,5 P. 112 — 38,7 — 38,5 — 37,5. Nachts

wenig geschlafen. Klagt üb. viel stech. Schmerz. i. R. Seite. Winde in gering. Zahl abgegang. Leib üb. d. Verband etw. meteorist. R unt. etw. gedämpft. Schall. Cathet.-Harn 1200 gr. Kein Erbrech. Resp. 28. Wochenfl. etw. übelriechend. Ordin.: Vag.-Ausspülg.

Nachm.: 37,7 P. 124 — 38,0. Oedem der Vulva unveränd. Resp. stöhnend. Einlauf. Ausfl. stark übelriechend, schwarzbraun. Schweiss auf d. Stirn. Harn mit Cathet. entleert. Keine Röthg. der Nates. Ordin.: Eis. Morphium 0,01 f. d. Nacht.

22. II. 37,8 P. 150 — 37,2 — 37,5 — 39,5 P. 160 — 39,3 — 39,6. Puls sehr kl., weich. Resp. 40. Nachts auf Morph. etw. geschlafen (bis 11^{h}). Diarrhöisch, nicht blut. Stuhl. Während der Nacht fortwähr. Erbrech., i. Ganz. 2100 ccm einer z. Th. dunkelgrün., mit zahlr. schwarz. Körnch. (Blut) gemengten Flüss. Ausseh. collabirt. Brechreiz fortbestehend. Meteor. gleich geblieb. Harn 1050, stark trübe, kein Eiweiss od. Blut. 3^{h} Nachm. T. 39,6, P. 160, R. 22, Erbrechen dauert fort. 3^{h} 45′ plötzl. Coll. Puls nicht z. zähl. kaum z. fühl. 3^{h} 50′. Exit. letal.

Section.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle wenig Flüssigkeit. Zw. Bauchwand und Netz trübe eitrige Flüssigkeit. Darmschlingen leicht verklebt. Dünndarmschling. leicht aufgetrieb. Ebenso Colon. In unt. Lungenlapp. Hypostase, Atelektase ohne Infiltrat, Milz mit Zwerchf. verwachs., wenig vergröss., livid; hellbraun auf Durchschnitt. In Gallenbl. grosse Menge dickflüss. braungrün. Galle. Leber hellbräunl., weich, Schnittfl. glatt, rehbraun, acinöse Zeichng. verwaschen, brüchig. Im Magen Schleimht. blass, Stell. v. Inj. mit Blutpunkt. — R zw. Periton. u. Col. asc. ein jauch., eitr., mit übelriech. Gasen gemischt. Infiltrat bis an den unt. Nier.-Rand. In Gegend der R-Darmbeinschaufel ist d. ganze unt. d. Periton. lieg. Gewebe jauch. infiltr., erweicht, ebenso hint. d. Symphyse. — An lab. maj. Venen stark gefüllt, i. Tode durch schwarze Thromben erfüllt. In R. Seite M. M. eingeriss.; man gelangt von hier in die an d. R. Darmbeinschauf. sitz. Jauche-Höhle. Dicht üb. d. kl. Beck. ist d. Periton. v. der Blase mit d. Ut. vernäht. Im Periton. mehrere Oeffngn., durch welche d. Periton.-Höhle mit d. Jaucheherd communicirt. Ut.-Stumpf zw. Hasel- u. Wall-

Nuss-Grösse, braune Färbg. Harnbl.: trüb bräunl. Urin. Muscul. an ein. Stelle zerstört; Mucosa abgehoben. Auf d. link. vord. u. hint. Wand kl. über linsengr., rundl. Fleck. v. gelb. Farbe mit fibrinähnl. Belag. Die ganze Wand oedematös.

Links und rechts von dem mit Peritonäum umsäumten Ut.-Stumpf verläuft quer eine Peritonäalnaht, rechts länger als links und etwas vor dem Stumpf. An der rechten Seite befinden sich mehrere erbsengrosse, runde Defecte im Peritonäum, welche ausgerissenen Nähten entsprechen und dem Eiter Eintritt in die Peritonäalhöhle verschafften. Die einzelnen Erscheinungen im Puerperium ergeben sich aus obiger Krankheitsgeschichte, wie folgt: 1) bei einer Durchschnittstemperatur von 37,2—38,2, wie sie sich für Wöchnerinnen bei fieberlosem Verlauf ergiebt, verliefen die ersten 3 Tage normal, theilweise, mit 36,3, etwas niedriger; — 2) dagegen zeigte der Puls eine Frequenz, die auch durch den Blutverlust nicht zu erklären war. In diesen 3 Tagen zwischen 100 und 110; — 3) am 4. Tag ging der Puls auf 112 und stieg jetzt gleichmässig bis 160, wo der Exitus eintrat.

Die Temperatur verhielt sich diesem Steigen nicht ganz adaequat. Der 4. Tag brachte allerdings zwisch. 37,5 -38,7, dann kam erst der 6. Tag wieder auf 38,0 hinauf; — 4) der 7. (Todes)-Tag zeigte von vornherein einen frequenten kleinen Puls, während die Temperaturen noch 37,8 — 37,2 — 37,5 waren. Ganz plötzlich Nachm. stieg sie auf 39,5 - 39,3 — 39,6 und es erfolgte mit heftigem Erbrechen und plötzlichem Collaps der Tod.

Aus diesem Verhalten liess sich schon schliessen, dass ganz geringe Mengen septischen Giftes allmählich in den Körper übertraten Dessen Wirkung accumulirte sich zwar, aber es blieb doch die Hoffnung, dass der Organismus dasselbe eliminiren würde. An dem kritischen Punkte des 7. Tages muss die oben erwähnte Lockerung der Peritonäalnähte stattgehabt und die heftige septische Intoxikation herbeigeführt haben, dem das giftgeschwächte Herz nicht mehr widerstand.

Die Quelle dieser Intoxikation zeigte uns die Autopsie. Schon bei der Operation war eine starke subperitonäale Blutung in der R. Seite bis in die Coecalgegend gefunden worden, subperitonäal zwar, aber das Peritonäum war zerrissen und die Naht gab an mehreren Stellen nach. Hier hat offenbar die Ansiedlung septischer Keime durch den Austritt des Kindes

stattgefunden; die Zangenversuche und die Fahrt müssen dem Austritte von Mikroorganismen und der Zersetzung günstigen Stoffen aus der Gebärmutter in die Poritonäalhöhle noch förderlich gewesen sein.

Während der Operation und nachher war durch die antiseptischen Cautelen und den Jodoform-Verschluss der ausgespülten Vagina eine Infection von aussen nicht möglich. Die sorgfältigste Toilette kann nur die gröbsten Mengen der Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entfernen. Der Rest auf der R. Darmbeinschaufel verjauchte und drang schubweise von da durch die gelockerte Naht des Peritonäums in die Höhle, stieg zwischen Peridonäum und Colon ascendens in die Höhe bis zur Niere und ergriff andererseits unter dem Peritonäum alle Gewebe, von der Symphyse beginnend. Man konnte die Infections-Strasse von diesem R-seitigen Jaucheherd sogar bis zu dem R. ganz eingerissenen Mutt.-Mund zurück verfolgen. Eine Drainage hier anzulegen, hätte wenig gefruchtet; denn Flüssigkeit fand sich bei der Autopsie überhaupt nur wenig in der Bauchhöhle; hier war schon das Gewebe selber mit Infections-Keimen durchsetzt. In solchen Fällen handelt es sich darum, ob der Reservefond an Heilkraft, den der betreffende Organismus besitzt, in dem Ringen mit dem Gifte seiner winzigen Feinde ausreicht, die hier, schon aller Kunst unzugänglich, in seinem Innern hausen.

Wie ohnmächtig steht oft der Chirurg einer septischen Lymphangitis und Phlegmone gegenüber, wenn sie rapide eine ganze Extremität entlang kriecht, wenn sie mit rothen Striemen sich selber den Weg vorzeichnet, den sie bald in eine putride Materie verwandeln will! Lange oder multiple Incisionen, die ergiebigsten permanenten Irrigationen mit den schonungslosesten Antisepticis, Drainagen bis an die periostalen Gewebe der Länge und Quere nach beliebig eingeführt, stehen dem Arzt zur Verfügung, — endlich amputirt er das ganze Glied und doch erliegt der kranke Körper. Wie viel ungünstiger ist dagegen die Sachlage in der Bauchhöhle. Schon die Infections-Stellen können hier zahllose sein, — die Gewebe sind so zart, dass schon ein stärkeres Antisepticum theils toxisch theils local ätzend wirkt — mechanische Irritationen mit Instrumenten sind ganz ausgeschlossen! Der Arzt muss da eben so weit säubern und desinficiren, als er es vermag, ohne die zarten inneren Organe zu lädiren oder neuer Infections-Gefahr zu exponiren. Hierzu ist vor allem die Eröffnung der Bauchhöhle nöthig.

Empfohlen wurde die Gastrotomie in unserem ganzen Jahrhundert. Beigefügte Tabelle weiset uns die kurzen Krankheitsberichte von 100 Laparotomien, welche seit 1800 nach erfolgter Uterus-Ruptur mit completem Austritt des Kindes vollzogen wurden.

Der Fall von Lorinser datirt aus dem Jahre 1803. — 1827 wurde in den Vereinigten Staaten bei Uterus-Ruptur mit totalem Austritt der Frucht die erste Laparotomie ausgeführt, so dass Plaifayr sie bei dieser Indication als eine allgemein anerkannte Operation in den United States bezeichnen konnte. Duparcque empfahl 1836 in seiner Hist. compl. du rupt. et du déchirure de l'uterus die Gastrotomie als erstes und bestes Mittel, selbst wenn die Frucht z. Th. noch im Uterus, aber die Entbindung schwierig wäre; so bei Rupt. intra graviditatem. Dieffenbach, der gewiss kein Freund unnöthiger Laparotomien war, führte Duparcque bei dieser Indication zu Gunsten dieser Operation in seiner »operat. Chirurg.» ins Feld.

Eine Betrachtung möglichst vieler ähnlicher Fälle wird uns belehren, unter welchen operativen Eingriffen des Arztes der kranke Körper sich am besten wehren und der Gesundung zum Siege verhelfen kann.

Aus den nackten Zahlen allein einen Schluss auf den wahren Werth der Operation ziehen zu wollen, wäre falsch; denn schon der Vergleich der Zahlen der vorlisterschen Zeit mit den Ergebnissen nach 1875 giebt nur bedingungsweise brauchbare Resultate.

Vor 1875: 48 Fälle mit 31 Heilungen = 65,1 %,
während unter den Lister'schen Cautelen
von 52 Fällen nur 19 Heilungen = 36,1 %
zu zählen sind.

Das Gesammt-Resultat ergiebt:
100 Fälle mit 50 Heilungen = 50 %,
also dasselbe Resultat, wie Harris es in Nordamerika für 1827—81 berechnet hat.

An älteren Statistiken fanden sich:

Ritter 1843	3	Laparot.	2	Heilgn.	$66^2/_3$ % Heil.
Pihan-Dufeillay 1845—65	12	„	11	„	91,6 % „
Trask 1848	25	„	18	„	72 % „
Harris 1827—79 (nur Nord-Amerika)	40	„	20	„	50 % „
„ 1879—81	4	„	2	„	50 % „

Howard	40 Laparot.	21 Heilgn.	52,5 %	Heil.
Fleischmann 1885	5 „	2 „	40 %	„
		Durchschnittlich	59,1 %	Heil.
(oder mit Ausschaltung von Pihan-Dufeillay)			55,2 %	„

Offenbar wurden früher die verzweifelten Fälle sich selbst »expectativ» überlassen, die Laparotomien aber von geübten Kaiserschnittoperateuren vollführt. Sah der betreffende Fall nur irgendwie gefährlich aus, so wurden noch mehrere Kollegen zur Konsultation herangezogen, aber unisono wurde von weiterer Beunruhigung der Parturiens Abstand genommen; die Unglückliche quälte sich dann oft noch mehrere Tage, mit oder ohne extrahirter Frucht. Solche Berichte sind viele in den älteren Jahrgängen von Canstatt, Schmidt, Virchow-Hirsch publicirt. Da blieben also nur die günstigeren Fälle zur Laparotomie übrig.

Aus diesem Grunde wollen wir jene Ergebnisse nach den verschiedenen beeinflussenden Nebenerscheinungen betrachten, die doch theils Basis theils Agens des ganzen Heilprocesses sind.

Der Localisation der Ruptur nach fanden sich Risse

1) im Fundus 5 mit 3 Heilungen = 60 % genesen
2) vorn 34 „ 17 „ = 50 % „
3) hinten 8 „ 4 „ = 34 % „

(Viele Zerreissungen dieser Art sind in letzter Zeit mit Drainage behandelt worden, so dass nur die verzweifelten zur Laparotomie gelangten.)

4) an der Seite 11 mit 3 Heilungen = 27,3 % genesen
5) circulär 2 „ 1 „ — „
6) Cervix 18 „ 9 „ = 50 % „

Das relativ günstige Resultat der sonst so fatalen vorderen Zerreissungen ergiebt sich aus den naturgemäss hierher fallenden Zerreissungen von Kaiserschnittnarben (14 mit 10 Heilungen), wobei meist die ganze Frucht mit heilen Eihäuten in die Bauchhöhle gelangt: unversehrte Eihäute fanden sich in der Bauchhöhle 14 Mal mit 11 Heilungen = 78,1 %. Unter diesen Fällen endete Einer (Nr. 3) tödtlich durch Erysipel und Peritonitis. In Nr. 84 waren die Eihäute zwar erhalten, aber schon seit längerer Zeit Verjauchung der Uterus-Höhle und des Fruchtsackes eingetreten. In 48 zeigten sich macerirte Stellen am Foetus.

Die ungünstig verlaufenen Fälle mit vorderen Rupturen ergaben in 51 längere Voroperationen zur Wendung mit der Zange; in Fall 53 und 73 war Pat. gleich äusserst erschöpft.

In 68 giebt Kaltenbach secundäre Infect. beim Drain-Wechsel am 6. Tage an. In Fall 72 hatte die Geburt bei Querlage schon 50 Stunden gedauert, ehe der Arzt gerufen wurde. Dagegen waren in 3 die Eihäute unversehrt und der Uterus gut contrahirt, auch die Blutung gering; es lag hier Ruptur einer Narbe mit schon callösen Rändern vor. Aehnlich 48, beide Male Peritonitis. In 84 wurde die Laparotomie wegen schon schwerer Infection gemacht (Phlebitis im Oberarm etc.) 97 hatte schlechte Wartung. In 42 ist ausdrücklich kein Collaps, keine Blutung angegeben, Uterus gut contrahirt — der Tod erfolgte schon nach 24 Stdn.; hier kann von Shok also keine Rede sein, es muss eine occulte sehr heftige septische Infection erfolgt sein, wie sie H. Geh.-R. Winckel für den nicht immer, aber sehr oft missbräuchlich angegebenen Shok als Todesursache substituirt hat. Die Laparotomie konnte hier sofort gemacht werden, weil schon die Sectio caesarea beabsichtigt war. In 26 gingen lange Versuche zur Embryotomie vorher, unter denen die Frau collabirte. Fall 100 habe ich zu Anfang erörtert. — Bei den Zerreissungen des Fundus war der Uterus in den geheilten Fällen als stets gut contrahirt angegeben, während neben den schlechten Ergebnissen der seitlichen Zerreissungen stets ein Fehlen der Involution einhergeht. Bei den seitlichen Rupturen von Howard war (40,64) 2 mal Peritonitis vor der Laparotomie vorhanden und das 3. Mal war (65) Pat. sehr erschöpft. Fornari fand in 66 die Darmschlingen in den Ut. prolabirt, ohne sie zur Reposition bringen zu können; die desshalb gemachte Amputation nach Porro missglückte wegen offenbar schon vorhandener Peritonitis. In dem Schröder-Hofmeyer'schen Fall 67 war Pat. durch starke Anämie erschöpft, ferner fand heftige Infection durch die stark zersetzten Rissränder statt; ähnliche Verhältnisse scheinen in dem Simpson'schen Falle 37 vorgelegen zu haben. Im Fall 58 Schröder-Frommel verfiel die Frau rasch nach der schwierigen Extraction, worauf die Laparotomie gemacht wurde. Fall 29 zeigt eine rapide Peritonitis mit Gasentwicklung in der Abdominal-Höhle; die Laparotomie wurde ca. 6 Stunden post rupt. gemacht.

Die Schröder'sche Fundus-Ruptur 56 bot schon an sich durch die vollständig verjauchte Frucht und deren Umgebung im Abdom. äusserst wenig gute Aussicht.

Unter den Sanitätsrath Dr. L. Winckel'schen 4 Laparotomien bei Ut.-Rupt. fand sich ein Todesfall; der Riss war hinten, im

Collum; es war von vornherein eine schlechte Prognose quoad vitam gestellt. Die anderen ungünstigen Ergebnisse der Cervixrupturen bieten folgende Umstände dar, die der Lap. verhängnissvoll wurden: in 53 war das subperitonäale Zellgewebe schon enorm infiltrirt und Pat. sehr erschöpft. Der Schröder'sche Fall 55 gelangte 4 Tage nach Rupt. u. Extract. durch Wendung wegen Peritonitis zur Laparotomie; Pat. war schon in desolatem Zustand. 76 zeigt einen Fall von missed labour, wo nach 4 Wochen Zeichen von Infection auftraten und desshalb Laparotomie gemacht wurde; eine heftige Blutung gab der Pat. den letzten Stoss. In 57 und 59 machten Schröder und Frommel die Lap., nachdem im 1. das Kind schon durch Wendung und Extraction entfernt, im 2. Forceps vergeblich versucht war. Im 1. erfolgte der Tod sofort, anscheinend durch eine heftige Blutung, die schon vor der Operation eingetreten und von Collaps gefolgt war. Im 2.: Tod an Sepsis.

Noch zu erwähnen sind diejenigen Risse, welche in den Fornix Vaginae übergehen. Nach H. Geh.-R. Winckel endeten die in der Literatur beschriebenen Fälle Alle letal. Neuerdings hat Fehling (1885) (Fall 79) mit Glück die Porro-Amputation gemacht. Es handelte sich um eine Querruptur des Fornix, die von der Vagina auf die Cervix überging. Die Frucht trat extraperitonäal aus. Vier andere Fälle 22, 53, 54, 26 verliefen nach der Lap. innerhalb 16 bis 22 Stdn. tödtlich, der Sanit.-R. Winckel'sche Fall am 6. Tage. Vielleicht ist hier also die Porro'sche Amputation indicirt.

Den Austritt von macerirten Früchten verschlechtert die Progn. der Lap. erheblich; unter 8 Fällen kamen nur 3 mit dem Leben davon = 37,5 %.

Die gute Contraction des Ut. sofort nach der Ruptur ist natürlich von höchstem Vortheil. Unter 15 Fällen fand 11 Mal Heilung statt, also 72,6 %. Die Wahrscheinlichkeit des Todes durch Verblutung wird dadurch sehr gemindert; die grossen Gefässe werden durch die Contraction an der Rissstelle geschlossen. Der Luft wird ebenfalls der Eintritt in die Gefässe verwehrt, so dass keine Luftembolien und Emphyseme der Bauchwandung mit ihren unberechenbaren tückischen Folgen zu stande kommen. Der etwaige Nutzen einer natürlichen Drainage durch eine ganz offen gelassene Ruptur im hinteren Collum und Vaginal-Gewölbe — wie es früher allgemein geübt wurde — ist doch nur illusorisch. Jedenfalls ist der Verschluss durch

die Naht zu sichern! wenn auch die statistischen Erfolge nur wenig erfreulich sind; wahrscheinlich rühren diese verhältnissmässig traurigen Resultate daher, dass in der ausserklinischen Praxis der Ut. gewöhnlich ungenäht versenkt wurde, in bedenklichen Fällen allein, bei Verblutungsgefahren z. B., Suturen gelegt wurden. Unter 17 Fällen fanden sich 6 Heilungen, also 34,8 %.

Von Todesfällen bei gut contrahirtem Ut. fand sich 89, eine Porro-Amputation nach 3tägiger Geburt mit sofortigem Collaps und nachfolg. leicht. Peritonitis. 3 wurde von Erysipel und Peritonitis befallen. 42 ist der schon erwähnte Fall von offenbar acutester sept. Infect. mit Tod in 24 Stdn. unter zuerst vorzüglichen Umständen. Unter die zum Exit. letal. führenden Fälle mit genähtem Ut. gehört der Stadtfeldt'sche (51), wo die vorhergehenden Operat. mit Zange, Wendung, schwieriger Extraction offenbar durch Auspressung septischer Stoffe aus dem Ut. in die Bauchhöhle Peritonitis erzeugten. Zwei Schröder'sche Fälle 54, 55 zeigen ganz ähnliche Verhältnisse, während bei dem 3ten (56) eine vollständig verjauchte Frucht durch die Lapar. entleert wurde. Der Schröder'sche Fall 67 wurde ungünstig durch starken Blutverlust und stark zerfetzten Ut. u. Periton. Fall 95 war traumatischer Natur, Messerstich. Die Ruptur 86 hatte den Tod schon nach einer Stunde zur Folge; das Kind war vor der Lap. durch Wendung entfernt worden.

In 33 Fällen war der Austritt einer grösseren Menge Blut oder Fruchtwasser in die Bauchhöhle besonders vermerkt; 79,2 % gelangten hiervon zur Heilung. San.-R. L. Winckel machte darauf aufmerksam, dass der Erfolg durch Abfluss reinen Fruchtwassers keineswegs gefährdet ist. Direct tödtlich wirkt diese Flüssigkeit nur bei schon zersetzten Früchten, obwohl die Wegner'schen Versuche 1876 die hohe sept. Gefährlichkeit des Fruchtwassers an sich dargethan haben. Vielleicht ist die Erklärung der obigen Resultate darin zu suchen, dass die Keime in dem Fruchtwasser gleichsam suspendirt erhalten bleiben und theils durch Abfluss theils durch die Toilette wieder entfernt werden. In anderen Fällen gab die Flüssigkeit nur das Substrat für die anderweitige Invasion von Fäulnisskeimen ab; meist aber erfolgte der Tod unter sonst schon praedisponirenden Momenten, wie in 22, 50, 53, 67, 97, wo hochgradige Anämie, schon vor der Lap. vorhandene Peritonit., mangelnder Tonus ut., schlechte Verpflegung, Beimischung von

Faeces durch Darmruptur die Wirkung complicirten. Bei allen Sect. wird angegeben: wenig Flüss. i. Abdom.

Bei Zerreissungen von Kaiserschnittnarben bleiben, bes. wenn dieselbe schon in der Gravidität statt haben, die Eihäute meist erhalten und so die ganze Bauchhöhle trocken; die Heilungsprocesse verlaufen oft nur desshalb infaust, weil die Früchte und ihre Umgebung bei längerem Liegen verjauchen, so in 47,83. In 14 Fällen 10 Heilungen = 71,4 %

Umgekehrt wirken alle Manipulationen, welche ante s. post rupturam einen auf den Uterus, die Frucht und Beider Annexa aggressiven Charakter tragen, wie Anlegung des Forceps, Wendungs- und Extractions-Versuche, bes. wenn die Frucht schon zum Theil oder ganz der Ut.-Höhle entschlüpft ist, entschieden verschlechternd auf die Prognose der Lap. Man vgl. die Zahlen!

21 Lap. nach theils geglückten, theils vergeblichen Versuchen von Zange, Extraction, künstlicher Frühgeburt etc.; hiervon kamen nur 5 Mütter mit dem Leben davon, also 24 %, das ist nur die Hälfte des %-Satzes der geglückten Lap. bei Rupt. Vor wiederholten, vergeblichen oder länger andauernden Versuchen solcher Operationen ist also nicht genügend zu warnen! Wie wir oben sahen, ist auch als prophylaktische Operation die Laparotomie mit den besten Resultaten ausgezeichnet: warum also lange damit zögern oder erst unnöthigerweise die Weichtheile zerfetzen und in den so empfindlichen Bauchorganen umherwühlen? Nur zu deutlich zeugen die bekannten 7 Schröder-Frommel'schen Fälle 54—60 von diesen unglücklichen artificiellen Complicationen! In 3 Fällen wurde die Lap. gemacht, weil das Kind total in die Abd.-Höhle gebettet lag und alle Extr.-Versuche vergeblich waren; in 4 Fällen war die Frucht per vias natur. entfernt, die Lap. aber wegen sept. Periton. gemacht. Die unglücklichen Resultate mochten auf Schröder bestimmend wirken, dass er in der letzten Aufl. seines Lehrbuches nicht mehr, wie in den ersten, die Lap. bei Rupt. sub partu empfiehlt; in solchen Fällen sind die Praedilections-Stellen der Zerreissung ganz typisch im untersten gedehntesten Segment und hier empfiehlt er die Wendung. Erfolgt der Riss an einer anderen Stelle, so ist die Wendung schwieriger und stiftet nur Unheil; da fordert S. die Lap.; so findet man am graviden, nicht gebärenden Uterus die unregelmässigsten Risse. Die Wendung mit Drainage hat

nachher aber keine besseren Resultate geliefert, im Gegentheil bewiesen, dass sie nur unter bestimmten Bedingungen praktikabel ist.

Traumatische Rupturen sind irrelevant für die Heilung, so lange sie indirect bewirkt sind, wie Rupturen durch Hinstürzen u. ä. Dagegen gefährlich werden sie bei directer Läsion, wie durch die violente operirende Hand oder deren Instrumente. Schröder 56 machte die Lap. mit unglücklichem Ausgang, da die Frucht schon seit längerer Zeit verjaucht in der Bauchhöhle lag. In 97 führte die schlechte Pflege zu Peritonitis. In Fall 95 trat der Tod wohl in Folge der sept. Infect. durch den die Ruptur verursachenden Messerstich ein. Die Rupturen infolge von Operations-Instrumenten finden sich unter der obigen Statistik von Geburts-Operationen, die vor der Lap. ausgeführt wurden. Die durch einen Messerstich erfolgende Ruptur (95) konnte ich hier anreihen, weil das Kind in der Bauchhöhle liegen geblieben war. Die gar nicht so seltenen Fälle, in denen das Horn eines Stieres gleichsam einen Kaiserschnitt vollführte, indem das Kind sofort ganz zu Tage trat, gehören nicht hierher; es sind Curiosa, wie die von Dieffenbach angeführten Heilfälle eines Matrosen, dem ein Ankerhaken durch den Leib ging, und eines Kutschers, dem die Deichsel durch die Brust fuhr. — Unter 7 traumatischen Rupturen genesen 4 = 57,2 %.

Ausser zerrissenen Kaiserschnittnarben und Traumen werden als Ursachen beschuldigt: verdünnte, verfettete Ut.-Muscularis (wie in dem bekannten Simpson'schen Falle 37); 6 Fälle, 2 Heilungen = 40 %.

In dem Schröder'schen Fall 67 contrahirte sich der Ut. nicht; die Frau starb hoch anämisch. In 90 wurde die Porro-Oper. gemacht wegen sehr bedrohlicher Erscheinungen; Kind schon durch Forceps geboren; der Ut. klaffte gewaltig in seiner Rissstelle. 46 wurde die Lap. in moribunda ausgeführt, was nach H. Geh.-R. F. Winckel ganz unzulässig ist, weil das Kind doch nicht mehr zu retten ist, sobald es total aus der Gebärmutter herausgewälzt ist und die infectiösen Stoffe zu beseitigen für den Moment weniger in Betracht kommt, als überhaupt zu versuchen, das noch schwach glimmende Lebensfünkchen anzufachen.

Wenn also solche verdünnte Ut.-Stellen meist gefässarm sind, so genügt der mangelnde Tonus doch, um theils durch das beständig rieselnde Blut eine tödtliche Anämie zu erzeugen,

theils auch durch die offene Spalte eine todessichere Infection in die Bauchhöhle zu bringen. Ausgenommen sind hiervon die oft verdünnten Kaiserschnittnarben; sie sind fast absolut bindegewebiger Natur und gefässlos, während die übrige Ut.-Muskulatur keiner Verfettungs-Degeneration anheimgefallen ist, sich also kräftig contrahiren kann.

Verengte Becken und grosse Kinder (Hydrocephalus) geben die bei weitem meisten Fälle zur Aetiologie der Ut.-Rupt.: 40 Fälle mit 25 Heilungen = 62,5 %.

Bemerkenswerth ist es, dass sehr oft bei den Zerreissungen als Befund »mässig verengte Becken« angegeben sind. Dieses war Ramsbotham aufgefallen und Bandl bestätigte dessen Ansicht, dass die Beckenverengerung mittleren Grades das Zustandekommen abnormer Gestaltsverhältnisse des Ut. und der Cervix begünstigte, dass ein sehr enges Becken dieses hinderte.

Auch bei obigen Zahlen hat man Unterschiede zu machen, ob die Lap. bei einem rhach. od. osteom. verengten Becken vollzogen wird. San.-R. L. Winckel macht nach seinen zahlreichen Erfahrungen darauf aufmerksam, dass Osteomalacische immerhin als Geschwächte und Kranke anzusehen seien gegenüber den Rhachitischen, die sich nach dem in ferner Kindheit abgelaufenen Krankheitsprozess jetzt meist der besten Gesundheit erfreuen. Ferner sind die Wehen bei Osteomalacischen besonders kräftig, wie überhaupt ihr ganzes Geschlechtsleben sozusagen einen höheren Tonus besitzt. Unter 8 Osteom. genesen 5 = 62,5 %; unter 19 Rhachit. 14 = 74,2 %.

Zu den letalen Fällen gehören also 3 Osteomalacische. Nr. 22, von San.-R. L. Winckel laparotomirt, war gleich von vornherein desperater Natur, da Pat. sehr entkräftet war. Nr. 32 wurde von Pagenstecher laparotomirt und zwar sofort nach der Ruptur; der Tod erfolgte schon 26 Stunden nach der Operation; Pat. war in den letzten Monaten sehr hinfällig gewesen; sie vermochte nicht mehr zu gehen.

Von rhachit. verengten Becken verliefen, durch Rupt., nach der Lap. tödtlich Nr. 51 von Stadfeldt, wo die Lap. nach Zangenversuchen und endlich erfolgreicher Wendung und Extraction gemacht wurde; die Ruptur war vorne. 54 und 56, zwei Schröder'sche Fälle: beide Mal Wendung und Extraction; im ersteren war der Ut. total von der Vag. abgerissen, im zweiten war die Frucht schon verjaucht. Bei Nr. 66 machte Fornari die Porro-Amputation, weil die in den Ut. prolabirten

Därme irreponibel waren; dieselben waren schon mit beginnender Peritonitis behaftet. Mason machte (89) gleichfalls die Porro-Operation unglücklich; die Pat. collabirte sofort und starb mit frischer Peritonitis nach 10 Stunden. Nr. 7 war eine an sich schon im elendesten Zustande befindliche Person. In Nr. 30 waren der Lap. vergebliche Wendungs-Versuche vorhergegangen.

Peritonitis war in 30 Fällen deutlich angegeben; es genasen 14, also 46,2 %.

Drainirt wurde 10 Mal mit 6 Heilungen = 60 %.

Der untere Wundwinkel der Bauchschnittswunde wurde 15 Mal offen gelassen mit 8 Heilungen = 58 %.

Beide Drainagen vereinigt wurden 8 Mal mit 4 Heilungen, gewöhnlich in schon bedenklichen Fällen; ausgezeichnete Resultate erzielten in den Fällen 75 und 96 Plenio und Koettnitz.

Die Todesfälle wurden durch folgende Erscheinungen verursacht:

Peritonitis 16 Mal,
Shok od. rapide sept. Infect. 6 Mal,
Blutverlust 6 Mal.

In den übrigen 11 Todesfällen ist das Krankheitsbild nicht genau genug angegeben.

In der Loewy'schen Inaug.-Diss. Breslau heisst es, den Shok betreffend: Ein Verblutungstod ist nur dann anzunehmen, wenn eine heftige innere oder äussere Blutung stattgefunden hat und der Tod der Entbundenen noch während oder bald nach der Entbindung unter sicheren Zeichen der acuten Anämie erfolgte. Sonst ist der rasche 12 – 30 Stdn. post part. erfolgte Tod der Puerpera viel richtiger als bisher durch acute Sepsis zu erklären, die so rasch tödtet, dass keine Zeit zur Entwicklung peritonitischer Symptome bleibt. Jedenfalls kann die Ruptur an sich (wenn nicht sofort Verblutung oder Infection eintritt) nicht als tödtlich erachtet werden, als welche schon San.-R. L. Winckel sie nicht ansah.

Der Porro-Fall, der am Kopf unserer Abhandlung, als vom H. Geh.-R. Winckel operirt, beschrieben steht, giebt auch einen Beweis für die plötzliche, heftige, tödtliche Wirkung der septischen Intoxikation bei Rupturen des Uterus. Anders ist der am 7. Tage bei bisher leidlichem Befinden erfolgende Tod, innerhalb $^1/_2$ Stunde etwa, nicht zu erklären.

In einem Fall muss man sicher den Shok als Todesursache anschuldigen; Krukenberg führt ihn in seiner Liste rupturirter

Kaiserschnittnarben auf. In diesem Falle von Hasbach war die Narbe aus sehr festem Gewebe gebildet und sehr rigide, so dass der Druck, der auf dem überdehnten unteren Segment lagerte, die Cervix an der hinteren Wand sprengte. Die Frucht trat total aus und sofort erfolgte der Tod, so dass überhaupt noch kein Gedanke an Lap. auftauchen konnte.

Es erübrigt noch, zu constatiren, inwiefern der Zeitpunkt des Bauchschnittes nach der Zerreissung auf den weiteren Heilungsprozess einwirkt.

Lapar. sofort post. rupt.:
19 Mal mit 11 Heilungen = 58,3 %
„ einige Stunden p. rupt.:
23 Mal mit 11 Heilungen = 47,3 %
„ nach Wochen oder Monaten (Abkapselung) (Drohende Perfor. der verjaucht. Frucht):
10 Fälle mit 5 Heilungen = 50 %

Die Porro'sche Amputation wurde ausgeführt: 12 Mal mit 4 Heilungen = 33,3 %. Ihre Resultate stehen denen der Lap. nach; dies mag theils an der wenigen Geübtheit der Operateure in dieser Operation, bald nach ihrer Erfindung, liegen; denn es ist frappant, wie die Resultate bei demselben Operateur sich nach mehreren Operationen verbessern. Ferner wird die Amputation gewöhnlich in sehr desperaten Fällen ausgeführt. Da aber jedenfalls die Porro-Operation nicht entbehrlich ist, so sind 33,3 % Heilungen in vielleicht sonst verlorenen Fällen schon ein recht erfreuliches Resultat. Bei Fall 66 wurde von Fornari die supravaginale Amputation ausgeführt, weil die Darmschlingen in die Ut.-Höhle prolabirt waren und nicht reponirt werden konnten; hieraus resultirte aber eine tödtliche Peritonitis. Mason's Pat. 89 collabirte gleich nach der Operation (wegen schiefen Nägele'schen Beckens und erheblicher Verschiebung des untersten Lend.-Wirbels nach vorn und unten — ausgeführt). Andrews machte die Porro Operation (90) nach einer Forceps-Entbindung, wegen bedrohlicher Erscheinungen, die trotzdem bald zum Tode führten. Slawjansky theilt 7 tödtliche Porros bei Rupt. ut. mit.

Die Prognose der Rupturen steht in jedem einzelnen Falle, mit oder ohne Laparotomie, auf äusserst precären Füssen, weil die Todesursachen so wenig vorher zu beurtheilen sind, ja in letzter ursächlicher Instanz, nach ihrem Sitze u. s. w. gar nicht bekannt sind. Pihan-Dufeillay erwähnt 1865 in seiner Statistik

von 12 Lap. nach Rupt. 11 Heilfälle, trotzdem dass heftigste Peritonitiden, starke Blutextravasate und comatöse Zustände die Prognose infaust machten. In mehreren Fällen unserer Tabelle glaubten die Operateure gleich nach der Laparotomie verzweifeln zu müssen, und doch erfolgte — meist mit einem Schlage — der Beginn zur Genesung. Schinzinger machte 1861 darauf aufmerksam, wie oft der Tod auf nur leichte Contusionen der Abdominal-Organe hin eintritt, während es andere Fälle giebt, wo die Heilung ans Unglaubliche grenzt. So erwähnt er einen Fall, wo nach einer Spontanruptur Dünndarmschlingen in grosser Masse prolabirten. Reponirt fielen sie stets wieder in die Scheide vor. So trat Gangrän der Därme ein; am 3. Tag wurde eine 6 - 8 ''' lange Partie brandigen Darmes abgestossen; am 4. Tag ein noch grösseres Stück mit der Scheere abgetragen. Längere Zeit wurde der Koth durch die Geschlechtswege entleert, bis nach 8 Monaten der Anus praeternaturalis sich schloss und die Faeces auf normalem Wege abgingen. Seit 4 Jahren kannte Sch. die Pat. als gesund. Die Fälle von San.-R. Winckel, Hartt, Fleischmann u. a. heilten sogar per prim. intent. Verzweifeln darf man also in keinem Falle - es sei denn, dass die Pat. schon moribund daläge.

Desshalb müssen wir von den Todesursachen bei completer Ruptur mit totalem Austritt des Kindes ausgehen, um geeignete Mittel zu finden, sie zu inhibiren, resp. ihre Wirkung abzuschwächen.

Die nächstliegende Gefahr ist die Verblutung.

Nur selten werden wir hier den Riss nach der etwaigen Extraction des Kindes per vias naturales, von der Scheide aus nähen und dann mit apodictischer Gewissheit eine innere Blutung als völlig auszuschliessen betrachten können. Die Laparotomie ist demnach hier durchaus indicirt! Ja, sogar, wenn die Lap. schon gemacht ist und es treten nachher die Anzeichen einer inneren Blutung auf, so ist eine Wiederöffnung der Bauchnaht durchaus geboten, obgleich Müller in einem solchen Falle den Drain aus dem Risse nahm und mit Erfolg tamponirte. Man hat bei letzterem Verfahren keine Gewalt über den ferneren Bluterguss in die Bauchhöhle; man weiss nicht, ob die frische Peritonäalnaht längs des Uterinrisses dem Druck des Blutextravasates Widerstand leisten kann. Bei einer incompleten Ruptur füllte sich die Peritonäalhülle, bis sie sich zu einem prallen Sack ausgedehnt um die Nieren legte;

da erfolgte die Peritonäalruptur und der Tod durch Verblutung war besiegelt.

Man muss zunächst versuchen, den Ut. durch Reiben und Frictionen zur Contraction zu reizen, bevor die Naht angelegt wird. Es ist dieses um so wichtiger, als man hier nicht, wie bei der Sectio caesarea, ein Kind hat, welches man an die Brust legen kann, wie es San.-R. Winckel stets einige Stunden nach seinen Kaiserschnitten that, um so die Involution zu befördern. Sollte aber ein fremder Säugling zur Hand sein, so wäre doch davor zu warnen, ihn anzulegen, bevor die Blutung steht, weil absolute Ruhe, Vermeidung jeder, auch der kleinsten Bewegung Cardinalindication ist. Innerlich ist das Inf. secalis (15 auf 175 g) $^1/_4$ stdl. 1 Essl. oder das Extr. secalis aquos. (2—4 : 180 g) dem secale in Pulverform vorzuziehen, weil Letzteres Manche zum Erbrechen reizt, welches hier durchaus zu vermeiden ist. H. Geh.-R. Winckel empfiehlt aus diesem Grunde neben jenen auch das Kobert'sche Cornutin. hydrochlorat. und citric. in Pillen von 0,005 g mehrmals tgl. Heisse Einspritzungen sind wegen des Druckes, der theils mechanisch den Riss insultiren, theils infectiöse Stoffe in die Bauchhöhle pressen könnte, zu unterlassen. Das Einbringen von Eisstückchen oder Adstringentien verbietet sich von selbst. Die Lage der Pat. muss natürlich horizontal sein, Kopf tief, Becken hoch, um einer Anaemia cerebri vorzubeugen.

Zu beachten ist, dass Metrorrhagien als Nachblutungen aus arrodirten Ut.-Arterien noch nach 2 Wochen unerwartet auftreten und tödtlich enden können, wie die Fälle von H. Geh.-R. Winckel (Ber. u. Stud.) bei einem thalergrossen vernarbten Defecte am 13. Tage und von Young am 5. Tage beweisen.

Bei totalem Schluss des Ut.-Risses durch die Naht entsteht aber die grosse Gefahr, dass nicht alle die Infect.-Keime getödtet werden, welche bereits in die Bauchhöhle eingedrungen sind. Die bekannten 7 Schröder'schen Fälle u. v. a. scheinen daran zu laboriren. Man lasse also den untersten Wundwinkel offen zur Glasdrainage nach Hegar oder schaffe künstlich eine Drainage des Douglas' nach Kaltenbach; der intraabdominelle Druck genügt nicht, alles zu dem Bauchschnitt emporzuheben und hier zu eliminiren.

Die 2. Hauptgefahr besteht in der sept. Infection.

Die acute rapide Infection, die meist unter der Firma »Shok« passirt, zu vermeiden, dürfte mit unseren heutigen Hilfs-

mitteln wohl unmöglich sein; es scheint sich hier um eine directe Resorption in die zahlreichen offenen Lymphbahnen des Peritonäums und vielleicht des Ut. zu handeln mit unmittelbarer Verschleppung in das gesammte Gefässsystem. Der Exitus erfolgt demgemäss nach wenigen Stunden, so dass die Autopsie oft nicht einmal erste Spuren von peritonitischer Hyperämie zu erweisen vermag. Eine möglichst rasche Laparat. bei den ersten Anzeichen, mit energischer Durchrieselung und Ausspülung der Bauchhöhle und besonders des Ut. und seiner Rissränder wäre hier zunächst indicirt. Zum Ausspülen empfiehlt H. Geh.-R. Winckel 1 % Thymol — oder Borsäurelösung, natürlich erwärmt.

Die Gefahr der sept. Peritonitis droht naturgemäss nach jeder completen Ruptur, ob die Eihäute erhalten sind oder nicht, ob der Ut. sich sofort contrahirt hat oder nicht. Fall 42 von O. Reilly war gewiss klassisch, in jeder Beziehung für eine günstige Laparot. geeignet: keine Blutung, der Puls blieb gut nach der Ruptur und nach dem Bauchschnitt, kein Collaps, kein Erbrechen, die Lapar. wurde unmittelbar ausgeführt, da eine Sect. c. schon praeparirt war, die Frucht und ihre Annexa lagen heil in der Bauchhöhle. Der Ut. war gut contrahirt etc. — und doch erfolgte der Tod schon nach 24 Stunden. Es waren nicht einmal andere Geburtsoperationen vorhergegangen.

Auf die Gefahr der sept. Peritonitis hat man also gleich nach dem Bauchschnitt sein Augenmerk zu richten. Hat der Arzt die Ruptur erkannt, so überzeuge er sich ohne viele tumultuarische Manipulationen, ob das Kind ganz ausgetreten ist oder ob er dasselbe mit Leichtigkeit, d. h. ohne den Riss zu erweitern oder die Bauchhöhle erheblich zu laediren, wenden und extrahiren kann. Bei Beckenenge ist dieses Verfahren ausgeschlossen, und die Zange kommt bei unseren Fällen natürlich überhaupt nicht in Betracht, selbst wenn der Kopf noch im Ut. eingeklemmt sein sollte; denn die Rissränder halten denselben so fest umklammert, dass selbst bei der Lap. seine Lösnng eine schwierige Aufgabe ist, mit der Zange also nothwendigerweise eine Inversio uteri zustande kommen würde.

Schröder empfahl in seinem letzten Lehrbuch sogar unter allen Umständen nur die Wendung und Extraction an einem Fuss durch den Riss, mit der Begründung, dass die Ränder des im dünnen Dehnungsschlauch sitzenden Risses sich nicht mit zusammenziehen — andererseits aber die Lap. bei einmal er-

folgter Infection nichts nützt. Dem widerspricht nicht allein die Theorie, dass ohne Eröffnung der Bauchhöhle auch keine Reinigung möglich ist, die Wendung und die Extraction aber den Riss erweitern oder gar zerfetzen und die Infect.-Keime noch mehr zertheilen, sondern auch die Praxis. Das zeigt die Thatsache, dass vorhergehende andere Operationsversuche die Prognose erheblich verschlechtern; nur 25 % der so behandelten Mütter bleiben am Leben. San.-R. Winckel betont ausdrücklich, dass alle seine glücklichen Fälle nach gestellter präciser Indication ohne andere Versuche laparotomirt wurden.

Aber auch selbst nach gemachter Extraction per vias natur. ist die Lapar. indicirt, weil eine gründliche Reinigung sonst unmöglich ist; die Drainage reicht nur für bestimmte Fälle aus, die unten angegeben werden.

Ist die Frau schon moribund, so ist die ganze Operation zwecklos, wie oben erwähnt. Der Bauchschnitt wird in der Lin. alba unter den bekannten Cautelen gemacht, genau die Lücke zwischen den 2 Recti gesucht u. s. w. Die Chloroform-Narkose bezeichnete San.-R. Winckel als einen wichtigen Assistenten und H. Geh.-R. Winckel indicirt sie auch bei starken Blutungen; den Kopf der Pat. lässt man horizontal legen, ev. giebt man Aetherinjectionen.

Ist das Peritonäum durchtrennt, hat man vorsichtig die Frucht zu suchen, da dieselbe häufig mit unverletzten Häuten in der Bauchhöhle liegt und der Operateur durch vorsichtiges Herausheben eine Ueberschwemmung der Baucheingeweide mit Fruchtwasser inhibiren oder wenigstens beim Platzen, wie in Fall 20 die Flüssigkeit herausleiten kann. Austritt mit geschlossenen Eihäuten gab in 78,1 % Heilungen.

Mit der Durchtrennung des Peritonäums ist der Zeitpunkt eingetreten, wo die mit dem Zurückhalten der Eingeweide betrauten Assistenten ihre ganze Aufmerksamkeit concentriren müssen. Da das Kind unter den Därmen liegt, werden letztere sofort und viel leichter vorgedrängt, als bei dem gewöhnlichen Kaiserschnitt vor der Entleerung der Gebärmutter. Das Wie? des Zurückhaltens ist nicht anzugeben. Dieffenbach vergleicht diese Encheirese recht drastisch mit der Bemühung, Aale zu hindern, aus einem Korbe zu schlüpfen. Drängen sich die Därme vor, so sind sie mit warmen desinficirten Tüchern und Carbolschwämmen zurückzuhalten, während der Operateur die sorg-

fältigste Toilette der Bauchhöhle vornimmt. Das Blut und das etwaige Fruchtwasser werden mit aseptischen Schwämmen herausgesogen, wobei grosse Sorgfalt auf die vielen Taschen und Ausbuchtungen verwandt werden muss. Von der Bauchhöhle gilt die Erfahrung der Chirurgen bei jeder Wunde in noch viel höherem Grade: absolute Trockenheit ist der sterilste Boden für die Mikroorganische Welt.

Am gefährlichsten sind die Zerreissungen der Gebärmutter nach der Excavatio vesico-uterina hin, weil hier aus Mangel an Abfluss eine Stagnation eintritt.

Ist die Flüssigkeit schon in das Stadium der Fäulniss und Verjauchung eingetreten, hat sich eine brandige Abcesshöhle gebildet, wie in Fall 12, 17, 31, 33, 47, 98 oder überschwemmen Darmfisteln die Bauchhöhle mit faeculenten Ergüssen, so ist für einen dauernden Abfluss aus der Bauchhöhle zu sorgen.

Denselben erreicht man durch Offenlassen des unteren Wundwinkels des Bauchschnittes und ebenso legt man in den unteren Winkel des Gebärmutterrisses eine Drainröhre. Leopold führte in Fall 99 einen Jodoformstrang durch die Bauchhöhle in die Scheide, worauf, trotz der allerschwersten Laesion und ununterbrochener Hämorrhagien ex art. uterina eine fieberlose Genesung innerhalb weniger Wochen eintrat. Durch die Drains der Bauchwunde und der Gebärmutter lassen sich Durchrieselungen mit warmen antiseptischen Flüssigkeiten einrichten.

Der Riss wird so weit genäht, als die Bekämpfung der Blutung es erfordert; auch das Eindringen von Infections Keimen evag. wird hierdurch inhibirt. Kaltenbach schlägt bei ungünstiger Lage des Risses vor, — (z. B. in vorderer Ut.-Wand oder in fundo, so dass in dem unteren Douglas stagnirende Massen sich häufen) — eine Drainage des Douglas einzuleiten.

Unter 11 geheilten sofort unternommenen Lap. war 2 Mal der Douglas drainirt, 2 Mal war keine Uterus-Naht angelegt (2,20); nur 1 Mal gelang die Heilung ohne Drain mit ganz vernähtem Ut.-Riss. Unter 8 sofortigen Lap., die zum Tode führten, ist kein einziges Mal die Drainage durch den Ut.-Riss erwähnt. Auch dieses spricht deutlich für eine Drainagirung der unteren sackartigen Partien der Bauchhöhle.

Das wichtigste Agens der natürlichen Drainage ist die Permeabilität des Muttermundes; hierauf hat der Operateur vor Schluss der Incision sein Augenmerk zu richten. Im Fall 96 war die Conglutinatio orificii ut. sogar Ursache der Ruptur

gewesen. Der Ut. wurde in der Bauchhöhle von dem Assistenten fixirt und der Operateur bohrte seinen Finger durch die verwachsenen Lippen des Muttermundes.

Die Secrete werden spontan durch den intraabdominellen Druck zu den vorhandenen Drainöffnungen herausgetrieben; diesen können wir dadurch bedeutend unterstützen, dass wir einen festen comprimirenden Verband anlegen und die Pat. in eine halbsitzende Stellung bringen. Kaltenbach erwähnt einen dänischen Fall, wo eine Selbstheilung, sogar bei vorderer Zerreissung dadurch erfolgte, dass der intraabdominelle Druck die Gedärme bis in die Scheide vordrückte.

Der Prolaps von Därmen ist kein so ungünstiges Zeichen in Bezug auf die Prognose, weil er einen kräftigen intraabdominellen Druck anzeigt, durch den gleich von Anbeginn alle schädlichen Keime exprimirt werden.

Fatal kann aber der Prolaps der Därme, bes. bei einer hinteren Ruptur, werden, wenn der Ut. in tetanischer Contraction verharrt und so bald Nekrose der betreffenden Darmparthien eintreten würde. Fornari sah sich (Fall 66) deswegen gezwungen, die Porro'sche Amputation zu machen, nachdem vergeblich 3 gr Chloral gegeben waren.

Was die Uterus-Naht anlangt, so erscheinen in ganz frischen Fällen hermetisch feste Suturen durch die Decidua, die Musculatur, überlagert von sero-seröser Naht nach Sänger am geeignetsten, um Infections-Keime von der serösen Höhle fern zu halten. Kaltenbach hat aber bis 1884 in der Literatur keinen in dieser Hinsicht absolut frischen Fall gefunden, und wenn man Fall 6 als einen solchen bezeichnet — (das Kind war in geschlossenen Eihäuten ausgetreten, der Ut. contrahirt, nur helles Blut in der Abd.-Höhle, die Lap. sofort gemacht — die Heilung erfolgte per prim. intent. in 3 Wochen), so lassen sich ganz dem ähnliche Fälle (z. B. 42) entgegenhalten, wo der Tod schon innerhalb weniger Stunden erfolgte.

Auch aus den Fällen von San.-R. Winckel, Hartt, Fleischmann (sowie compl. Rupt. ohne völl. Austritt des Kindes von Hartmann, Kettler) geht hervor, dass selbst so grosse Risse per prim. intent. öfter verheilen können.

Es erscheint also unter allen Umständen besser, für Abfluss durch den Ut. selbst zu sorgen.

Die Ränder des Gebärmutterrisses werden geglättet — sind dieselben brandig geworden oder jauchig zersetzt, so

werden sie so weit abgetragen. Schröder resecirte in Fall 56, 2 Tage nach der Ruptur, die verjauchten Rissränder und nähte die angefrischten Partien. Auch darauf ist zu achten, ob etwa grössere Fetzen der Ut.-Musculatur an so schmalen Brücken hangen, dass durch dieselben nicht genügend Ernährungsmaterial zu den Gewebshalbinseln geführt werden kann; es ist besser, dieselben gleich zu entfernen — wie Schröder bei Fall 54 die fast total zerstörte, abgerissene hintere Muttermundslippe ganz abtrug —; dieselben würden der Nekrose verfallen und in dieser flüssigen Umgebung den Infections Keimen eine grosse Fläche als willkommenes Ansiedelungsgebiet darbieten. Ebenso entfernte S. in Fall 67 das fast ganz abgerissene R.-Ovar. mit zugehörigem Mesosalpinx.

Die Suturen werden schichtenweise angelegt, erst die Decidua, dann die musculären Parthien und darüber die Peritonäalränder. Als Nahtmaterial empfiehlt H. Geh.-R. Winckel feine feste Seide.

Endlich erfolgt der Schluss des Bauchschnittes mit Fil de Florence unter Mitfassung des Peritonäums. In den unteren Wundwinkel fügt Kaltenbach zwei Drains, einen zum Douglas, einen in die Lumbalgegend, ein. Auf die Wunde kommt Jodoform-Gaze, darüber Salicyl-Watte, welche mit Gummi- oder Gazebinden fest umwickelt sind.

Die Laparotomie ist also in den weitaus meisten Fällen von perforirender Ut.-Ruptur mit completem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle indicirt. Dass die Ausgänge relativ so selten günstiger Art sind, beruht meist nur auf den ungünstigen Umständen, unter denen sie vorgenommen werden muss. San.-R. Winckel und Pagenstecher beklagen sich schon, dass alle ihre Patientinnen, bei denen sie die Sect. c. oder Laparotomien auszuführen hatten, den ärmeren Klassen angehören, z. Th äusserst bedürftig sind, dass Armuth und Schmutz ihre Krankenlager umgeben und eine qualitativ wie quantitativ unzureichende Ernährung nicht ausreicht, das Deficit an Kräften zu decken.

Dazu kommt: die Operation muss plötzlich unternommen werden. In der Privatpraxis fehlt gewöhnlich Alles, was nöthig ist: Instrumente, Assistenz, reine Gefässe, Tücher u. s. w. Bis Alles in Ordnung ist, vergeht eine kostbare Zeit, und gerade hier kommt mehr in Frage als time is money - ein Leben! Die Nacht mit mangelhafter Beleuchtung tritt zuweilen hindernd dazwischen; nicht Jeder macht es Dieffenbach nach, der Nachts

ohne Assistenz in einem Raum unter der Treppe bei einem Unschlittlichtchen eine Herniotomie vornahm.

Oft bleiben die Pat. ohne die nöthige Wartung, stehen vielleicht heimlich auf, wie in Fall 97. Der Privatarzt hat selten einige Uebung in solchen Operationen, und gelingt es, die Pat. in eine klinische Anstalt zu bringen, so sind die Verhältnisse auch andere, als beim Kaiserschnitte: der Transport überschwemmt die ganze Bauchhöhle mit Infect.-Stoffen, vermehrt die Blutung, die Resorption von Luft zu Embolien oder sept. Keimen in die Lymphgefässe geschieht rapider.

Meist werden auch die Indicationen nicht so streng gehalten und die Wendung versucht, um einer Laparotomie zu entgehen. Ingerslev betrachtet den günstigen Erfolg einer Lapar. unter solchen Umständen für den praktischen Arzt als ein Pium desiderium; ist alles glücklich gelungen, so kann der kleinste Zufall bei der weiten Entfernung auf dem Lande tödtlich wirken, so eine Blutung, Verrutschen des Drains oder des Verbandes u. s. w.

Sogar die Sänger'sche Methode des Kaiserschnittes wird nach Ansicht unserer massgebenden Gynäkologen wieder schlechtere statistische Resultate liefern, sobald sie erst allgemeiner geübt wird.

Die Ruptur erfolgt auch nur zu oft nach langen Geburten, so dass die Pat. schon in erschöpftem Zustand auf den Operationstisch kommen; auch dass die Osteomalacischen mit ihrer meist wenig widerstandsfähigen Natur ihr Contingent zu den Rupturen stellen, wirkt auf die Heilstatistik drückend. Es fanden sich 8 Beckenverengerungen in Folge von Osteomalacie; davon gelangten 5 zur Heilung, = 62,5 %; von Rhachitischen genasen 14 = 74,2 %.

Das rein exspectative Verfahren lieferte von jeher sehr viel schlechtere Resultate, obgleich es ja vorkommen kann, dass die Frucht sich abkapselt und sich sogar in ein Lithopaedion umwandeln kann.

Bluff zählt in Siebold's Journal 1835 XV. p. 249 u. 309 drei eingekapselte Fälle auf.

Auch bilden sich bei Kaiserschnittnarben Verwachsungen mit der Bauchwand, so dass bei einer Ruptur die Frucht förmlich eingekapselt zur Bauchwand geleitet wird, wie in Fall 12. Abkapselungen finden sich in Fall 98, 17, 33. Wie weit und

wie oft die Verwachsung mit den Därmen oder den Bauchdecken von seiten der Ut.-Narbe stattfindet, ist meist fraglich nach Krukenberg.

Endlich erfolgt die Heilung unter Vereiterung der Frucht und Perforation entweder nach den Genitalien oder Blase oder Rectum oder durch die Bauchdecken. In einem Fall von Rautenberg (Pet. med. Z. 1868, 11 u. 12 p. 362) traten Knöchelchen durch die Vag. und den Nabel zugleich aus.

Die Statistik von Trask aus dem Jahre 1857 giebt die Heilerfolge des damals viel ausgeübten exspectativen Verfahrens mit 22 % an, während die Wendungen 32 %, die Laparot. 76 % brachte. Letztere Zahl ist entschieden viel zu hoch gegriffen; denn selbst die Erfolge des klassischen Kaiserschnittes nach Sänger berechnete Credé 1887 auf 72 %; 1881 gab Zweifel noch 46 % an.

Zu den Complicationen, die sich dem Auge nach der Eröffnung der Bauchhöhle darbieten, gehören vor allem partielle Nekrosen losgerissener Theile des Ut. und seiner Annexa oder der Därme, des Peritonäums, des Netzes, auch wohl der Harnblase. Fall 47 von Fourrier 1872 gewährt uns ein solches Bild: erst 5 Tage nach der Ruptur wird die Lap. gemacht, und aus der mit schwärzlicher übelriechender Amniosflüssigkeit gefüllten Bauchhöhle wird ein faulig zersetzter Foet gehoben; seine Extraction muss aber mit äusserster Vorsicht geschehen; denn seine ganze Umgebung ist morsch und von septischen Keimen durchsetzt; das Peritonäum ist brandig, die Därme sind injicirt, ja das Netz zeigt schon nekrotische Stellen. Dazu liegt die Gebärmutter atonisch uncontrahirt über dem Beckeneingang. Von dem brandigen Peritonäum wird viel entfernt. Nach geschehener Toilette wird die Bauchdecke vernäht; der untere Wundwinkel bleibt offen. Die Frau geht nach 2 Monaten wieder ihrer tägl. Beschäftigung nach.

Also entferne man in ähnl. Fällen möglichst viel total nekrotisches Gewebe, rühre aber nicht die voraussichtlichen Demarcationsstellen an, aus Furcht mit neuen Wundstellen neue Resorptionsöffnungen zu schaffen.

Eine andere Complication sind die Darmfisteln, die bisweilen in mehreren Oeffnungen die Gedärme siebartig durchsetzen. Schon die Eröffnung des Bauches lässt einen

penetrant faeculenten Foetor derselben entsteigen. Die Fälle 33, 50, 81 zeigen solche Darmperforationen. In Fall 33 waren die Dünndärme an unzähligen Stellen und die Harnblase perforirt; letztere zeigte sich ganz contrahirt und wurde mit Injectionen behandelt (per urethram). Die Ther. bestand nur in fleissigen Irrigationen der Bauchhöhle und führte in 3 Wochen zur Heilung. Dagegen war 50 innerhalb 4 Tgn. dem Tode anheimgefallen. Bei dem Sarchi'schen Fall 81 war die Frucht in gravid. in die Bauchhöhle gelangt, und 8 Wochen später drangen zum ersten Mal aus der inzwischen gebildeten Nabelfistel Faeces. Bei der Lapar. gelangte der Finger in den mit dem Ut. verwachsenen Darm. An 3 Stellen, durch den Bauch, die Vagina und den After, wurden Faeces entleert. Ausserdem musste noch höher hinauf eine Communication mit dem Dünndarm existiren; denn es fanden sich Speisereste zwischen den Faeces, und als Letztere nach Verheilung der betr. Oeffnungen verschwunden waren, fanden sich längere Zeit noch halb verdaute Ingesta. Endlich verschwanden auch sie mit vollständig erfolgter Genesung.

Haben sich durch die Maceration und Verjauchung der ausgetretenen Frucht massenhafte Adhäsionen und so eine abkapselnde Höhle gebildet, so wird dieselbe nekrotisch; ihre Wandungen verjauchen endlich gleichfalls. Die Frucht wird nach der Seite getrieben, welche die geringste Resistenz bietet; das können je nach der Stellung und Haltung der Frucht das Rectum, die Blase, die Bauchwand oder wieder rückwärts die Geburtswege sein. Wird laparotomirt, so öffnet man die Höhle; man blickt auf deren schwarze Wandungen. Man kann keine andere Behandlung einleiten, als deren sich Drente im Fall 84 bediente; er liess aseptische Flüssigkeiten in grossen Mengen in die Bauchwunde hineinlaufen. Diese Berieselungen sollten oft und reichlich vorgenommen werden; leider erfolgte der Tod schon nach einigen Stunden; Pat. litt schon an embolischer Oberarmphlebitis, mithin an allgemeiner Pyämie. Die Sect. ergab, dass die Höhle folgendermassen entstanden war: Die Abscesshöhle endigte unten in das Lumen der Gebärmutter hinein und ging durch den Riss, so dass ihre Wandungen allmählich in die Einkleidung des Ut.-Innern übertraten; sie bildete also den Fruchtsack. Jede extrauterine Gravidität, jede congenitale Anomalie des Ut. konnte ausgeschlossen werden. Das Ei hatte sich normal festgesetzt; es dehnte beim Wachsen besonders diejenigen Partieen, welche der vorderen, fest verwachsenen

Kaiserschnittnarbe benachbart waren und die wahrscheinlich schon vor der letzten Gravidität ein Divertikel mit gezerrten verdünnten Wandungen gebildet hatten. Der Ut. contrahirte sich dann hinter der Frucht und schnürte sie so in einer Divertikelblase ab; diese platzte, indem zugleich an der correspondirenden Stelle die Bauchwand perforirt wurde.

Weniger gefährlich sind diese Höhlen, wenn sie sich aus der Verwachsung von Uterusnarben mit den Narben der Bauchdecken bilden, wie sie aus der Heilung von Kaiserschnitten resultiren. Ein solcher Fall mit Heilung ist Nr. 12.

Besonders bemerkenswerth wegen der Behandlung der irreponiblen Darmschlingen ist Fall 31. Ein plötzlicher Brechanfall, während der Operateur mit der Reinigung der Bauchhöhle beschäftigt war, brachte ein ganzes Convolut von Darmschlingen zum Vorfall. Dieselben trotzten allen Repositions-Versuchen, da sie stark durch Gas ausgedehnt waren und die Bauchmusculatur sich contrahirt hatte. Zahlreiche Punctionen des Darmes waren erfolglos. Es wurde deshalb eine Incision gemacht, welche eine gelbliche dünne breiige Masse mit Gas entleerte. Jetzt gelang die Reposition. Der Zustand war hoffnungslos. Trotz Opium erfolgte faeculentes Erbrechen; aber gleichwohl trat nach $3^1/_2$ Wochen Besserung ein.

In allen diesen Fällen ist die mit Lap. verbundene Drainage das souveräne Mittel. Aber — sie muss mit Ueberlegung gehandhabt werden. Es muss eine wirkliche Ausspülung erzielt werden. Zunächst muss bedacht werden, dass die einlaufenden Flüssigkeiten nicht im wahren Sinne antiseptisch sein können, d. h. alle septischen Keime, welche sie erreichen, wirklich vernichten; sie sind nur so beschaffen, dass sie keine neuen Keime in sich bergen oder von aussen mit sich bringen können, sie sind aseptisch, sie sind also auch ungeeignet als feuchter Nährboden zu dienen. Aber sie sind wohl geeignet, septische Keime von einem Herd aufzunehmen und unzerstört an einer anderen Stelle wieder abzulagern. Dieses ungünstige Moment ist aber vorhanden, wenn die Irrigation nur einen gemeinschaftlichen Ein- und Auslauf hat und zugleich von oben her eine Höhle berieselt, besonders wenn diese verschiedene, bald höhere bald niedrigere blinde Absackungen hat. Diese Momente repräsentirt die Bauchhöhle, wenn sie ohne Abfluss nach unten von dem Bauchschnitt her berieselt wird. Zu umgehen sind diese Schädlichkeiten, wenn der freie Abfluss durch die Gebär-

mutter und die Scheide gewahrt bleibt. — Der Einlauf durch den Bauchschnitt kann in 2 Richtungen zugleich dirigirt werden.

Ein Glasrohr führt schräg abwärts in der Richtung auf den Riss zu, ein anderes Glasrohr divergirt von diesem aufwärts gegen die Lumbalwirbel. Die Irrigation wird durch Letzeres eingeleitet; die etwa hinauf gekommenen Keime werden hinabgespült; das untere Glasrohr leitet diese vollends unten hinaus; endlich spült das obere noch einmal die durch den unteren Strudel hinaufgewirbelten Keime hinab. Die Berieselung vom Douglas aus muss demgemäss zeitlich vor der obigen eingeleitet werden.

Oft genug wird bei Sectionen angegeben: heftige Entzündung der Gedärme, Verklebung derselben unter einander. Dagegen Entzündung der Scheide oder des Bauchfells um die Oeffnungen war nicht vorhanden. So besonders aus den vorlisterschen Zeiten, zumal bei Nicht-Drainirung, z. B. bei einer tödtlichen Exstirpatio uteri (weg. Carc.) von Dieffenbach. Hieraus geht die Wichtigkeit der Hinabspülung der hoch hinaufgekommenen Keime zur Genüge hervor. So Fall 29 und 100.

Bei der Drainagirung können sich leicht fatale Zufälle ereignen; so passirte es Kaltenbach, dass durch den Drainwechsel eine secundäre Infection hervorgerufen wurde, die zum Exit. letal. führte. Müller wollte in Fall 69 die Irrigation durch den Katheter einleiten; er entfernte das liegende Glasrohr und durch die Zerreissung der Verklebungen entstand eine heftige Blutung, die durch Tamponade zum Stillstand kam. Im Allgemeinen ist es besser, in einem solchen Falle, den Bauchschnitt zu wiederholen, wie oben erwähnt.

Interessant ist Fall 61 von Cormack, weil er den günstigen Heilprozess in der 3. Woche durch eine Autopsie zeigt. Der Tod erfolgte ganz unabhängig von der durchaus gelingenden Genesung des Risses, durch eine croupöse Pneumonie am 23. Tage. Der Ut. war mit Seide genäht worden; er hatte sich schlecht contrahirt. Eine Drainage war eingerichtet worden, sowohl durch die Bauchwunde als auch correspondirend durch den Riss. Das Secret war anfangs foetide bei starkem Fieber. Am 6. Tage begann eine entschiedene Besserung, welche 14 Tage vorhielt, wo unter den bekannten plötzlichen Symptomen eine croupöse Pneumonie den geschwächten Körper in 3 Tagen zum letalen Ausgang führte. Die Autopsie ergab: feste Adhäsionen in der Gegend des Risses, welcher letzterer theilweise

vereinigt, theilweise fistulös, aber durch die Adhäsionen von der Bauchhöhle abgeschlossen war. In der Gegend der L. Niere zeigte sich eine Abscesshöhle mit geruchlosem pus bon. et laudab. Bemerkenswerth ist hier die Bildung der Adhäsionen, welche den Riss ganz einkapselten. Wird hier eine heftig sprudelnde Irrigation aus wasserfallartiger Höhe eingeleitet oder das Drainrohr nicht sondirend, sondern fest hineingebohrt und gestossen, so reissen die zarten Bindegewebsfäden entzwei und das sept. Material fliesst in die Bauchhöhle.

Die Drainage ohne Lap. hat ihre ganz bestimmten Indicationen: für perforirende Rupturen mit completem Austritt des Kindes (oder des grössten Theiles desselben) ist sie nur applicirbar, wenn der Riss an der hinteren Uteruswand sich gebildet hat und sehr tief sitzt, so dass von den tiefsten Theilen des Douglas-Raumes sich die Secrete frei in die Genitalhöhlen ergiessen können; diese Secrete dürfen aber unter keinen Umständen jauchiger Natur sein. Die Drainage wird also schon unmöglich, sobald eine zersetzte Frucht oder Placenta in die Bauchhöhle gelangt ist. Ebenso giebt es Fälle, wo die Placenta in die Bauchhöhle geglitten und nicht wieder zu finden war: hier ist die Lap. indicirt. Glänzende Resultate verzeichnet die Drainage in den Fällen, die nicht hierher gehören, wo das Bauchfell erhalten blieb. Die Literaturfälle gaben im Anfang (Frommel, Morsbach, Graefe, Hofmeyer) desshalb so günstige Resultate, weil obige Bedingungen erfüllt waren oder der intraabdominelle Druck so stark wirkte, dass er selbst das T-Rohr hinaustrieb.

Ganz gefährlich ist der Drain bei Rupturen der Vorderwand oder wenn die Bauchhöhle durch stark zersetzte Massen verunreinigt ist.

Die Technik ist folgende: man führt ein starkes Drainrohr in den perforirenden Riss ein, welches also im Douglas mündet. Zwei Tage lässt man dieses ruhig liegen, ohne Durchspülungen zu machen, damit die Wundränder verkleben. Am 3. Tage beginnt man lauwarm 1 % Thymol- oder Borsäurelösungen durch das Drainrohr einzuspritzen, nach Schröder 3—4 mal täglich etwa je 100 Gramm. Die früher vorgeschlagenen Carbolsäure- oder Sublimateinspritzungen sind nicht empfehlenswerth; es kommt bei der Feinheit der Gewebe leicht zu Anätzungen, Bildung von Adhäsionen und sogar Ileus, abgesehen von der Gefahr der Intoxikation.

Steigt bei Unwegsamkeit des Drains das Fieber, so leitet man die permanente Irrigation ein. Zuweilen entstehen bei Einführung des Katheters profuse Blutungen; man schiebt dann Eisstücke in die Höhle ein.

Eisbeutel empfiehlt Herr Geh.-R. Winckel unter allen Umständen auf den Leib zu appliciren.

Der Drain ist mit Jodoform-Gaze in der Scheide zu halten. Felsenreich verlangt bei der Drainage-Behandlung noch einen vollständigen Abschluss der Genitalien durch einen Watteverband.

Die Drainage ist für den prakt. Arzt zu wichtig — wie Ingerslev es schon betonte — als dass sie unter obigen bestimmten Indicationen bei dem completen Austritt des Kindes durch die hintere Wand nicht empfohlen werden sollte.

Hofmeyer publicirte 1883 9 Fälle von glücklicher Drainagirung, worunter 3 mal die Frucht wirklich extrauterin in der Bauchhöhle gelegen hatte; er fügt hinzu, nach Austritt des Kindes in die Bauchhöhle ist möglicherweise die Lap. (selbst unter den gegebenen Indicationen) doch besser, aber dann streng antiseptisch und mit Vernähung der peritonäalen Rissränder.

Also wäre in Klin. Anstalten auch bei diesen Indicationen die Lap. das geeignete Verfahren, um jede mögliche Infection thunlichst auszuschliessen. Auch Wyder und Veit erklärten, dass sie in den Klin. Anstalten die Lap. vorzögen, dass in der Privatpraxis aber in erster Linie die Extraction und Perforation in Frage käme.

Das solche Extractionen bei completem Austritt der Frucht auch ohne Drainage und ohne Lap. möglich sind, beweist die Kroner'sche Tabelle von 1884. Er fand 5 solcher Fälle mit 2 Heilungen. Die Früchte waren in seinen Fällen Nr. 4, 6, 16, 19, 21 total ausgetreten. Fall 6 genas; die Fruchthüllen waren heil geblieben. Fall 21 von Bandl genas, eine Cervixruptur bei Schulterlage und mit totalem Austritt; K. bemerkt, dass die Därme in beiden Fällen prolabirt waren!

Gewisse Schädlichkeiten, welche die Gebärmutter-Zerreissung bewirken, bleiben auch nach der Lap. bestehen; hier tritt an den Operateur die Frage, ob es nicht besser sei, den Uterus ganz zu entfernen.

Suchen wir solche Ursachen zu bestimmen.

Als ätiolog. Momente für die Ut.-Ruptur werden verzeichnet:

1. Beckenverengerung,
2. Härte und Rigidität des äusseren Muttermundes,
3. Hydrocephalus,
4. Gesichtslagen, Armvorfall, fehlerhafte Haltung des Kindes,
5. fehlerhafte Lagen des Kindes.

In letzten 4 kann Os ut. nicht zurückgezogen werden und wird das untere Uterinsegment bis zum Zerplatzen dünner.

6. Kaiserschnittnarben,
7. Uterus-Myome,
8. Gravidität eines Ut. bicornis, resp. eines rudimentär. Ut.-Hornes,
9. Verfettung der Ut.-Muscul.,
10. traumatisch, a) Sturz u. ä.
    b) violent durch Instrum. u. ä.,
11. Tumoren u. Exostosen ausserh. des Ut.

Von diesen Ursachen persistiren nach der Geburt:

1. Beckenverengerung,
2. Kaiserschnittnarben,
3. Ut.-Myome,
4. Tumoren u. Exostos. ausserh. des Ut.
5. Gravidität in einem rudiment. Ut.-Horn.

Hieraus ergeben sich schon folgende Indicationen für die Porro'sche Amputation bei einer Ruptur:

1. Beckenverengerung, wenn sie so hochgradig ist, dass nie Aussicht auf ein lebendes Kind, wohl aber Lebensgefahr für die Mutter bei jeder neuen Schwangerschaft vorhanden ist.

2. Sänger fordert die Porro'sche Operation bei wiederholtem klassischem Kaiserschnitt; indessen ist diese Indication eine offene Frage.

3. Zahlreiche Ut.-Myome geben hingegen eine entschiedene Indication.

4. Rudimentäres Uterushorn und

5. alle Verwachsungen im Vag.-Gewölbe, Echinokokken in Ut.-Wand und Beckenbindegewebe, Exostosen und Tumoren

ausserhalb der Gebärmutter, welche die Geburtswege einengen und die man nicht operativ entfernen kann.

Hierzu kommen solche Indicationen, wie die Praxis sie geboten hat:

6. Verjauchung der ganzen Ut.-Höhle.

7. In Fällen, wo der Ut. theils durch arge Zerreissung und Zerstückelung, theils durch irreponible Umstülpung (wie in den Fällen von Slawjansky 80 und Andrews 90) der Gefahr der Nekrose ausgesetzt ist.

8. Bei schwerer Osteomalacie, indessen fordert Herr Geh.-R. Winckel hier erst Versuche mit der einschlägigen Heilmethode.

Ferner will Kaltenbach die Porro-Operation ausgeführt haben, bei heftigen Blutungen in Folge von ringförmiger Abreissung des Uterus; Fall 97 von Garrigues soll allerdings gezeigt haben, dass die Ruptur so tief und unregelmässig gehen kann, dass die Amputation unmöglich wird; Garrigues legte desshalb nach Schröder 37 tiefe und oberflächliche Seidensuturen an, Pat. starb am 4. Tag.

Fornari unternahm die Amputation (Fall 66) weil mehrere Darmschlingen prolabirt und wegen tetanus uteri irreponibel blieben.

Battlehner empfahl in der Discussion über die Porro-Operat. auf d. dtsch. Nat.- u. Aerzte-Vers. i. Freiburg 1884 die Amputation bei der Zerreissung der vorderen Uterus-Wand. Es spricht vieles dafür. Die natürliche Anteflexio uteri und der Druck der Gedärme auf den Douglasischen Raum bedingen, dass das Secret der Gebärmutter viel mehr in die Excavatio vesico-uterina tropft und wegen geringeren Abdominal-Druckes dort liegen bleibt, selbst bei gut contrahirtem und genähtem Uterus, als es bei hinteren Rissen der Fall ist. Je näher also der Riss der Höhe des Fundus liegt, desto grösser ist die Gefahr, desto geringer wird sie, wenn jener Theil verkürzt, beseitigt wird.

Unter obigen 100 Fällen finden sich 12 Porro-Operationen mit 4 Heilungen = 33,3 %.

Vergleichsweise mag hier das Resultat von Porro-Amputationen überhaupt eingeschaltet werden:

1881	n. Zweifel	42 %	Heilungen
1884	„ Mangiagalli	41,43 %	„
1884	„ Müller	50 %	„
1887	„ Credé	42 %	„

Fall 100 findet sich oben beschrieben. In Fall 66 Fornari erfolgte der Tod an Peritonitis nach 31 Stdn., der dadurch von vornherein zu erwarten war, weil die in den Ut. prolabirten Darmschlingen längere Zeit von der Rissstelle incarcerirt waren. Fall 89 Mason collabirte nach der Operation. Dieselbe wurde schon 26 Min. post rupt. ausgeführt. Fall 90 Andrews zeigte schon vor der Operat. sehr bedrohliche Erscheinungen, der Ut. contrahirte sich nicht; der Tod erfolgte sehr bald. Fall 92 wurde als ultimum refugium im Wochenbett gemacht und misslang.

Mit der Porro-Operat. lässt sich recht gut die Drainage des Douglas-Raumes verbinden, indem das Drainrohr neben dem Stiel in die Wunde eingefügt wird. Der Fall von Halbertsma ergab auf diese Weise den besten Erfolg, die höchste Temp. betrug einmal 38° C. — obwohl H. den Müller'schen Vorschlag nicht anwenden konnte.

Einen ebenso guten Erfolg hatte Slawjansky (80); er verschloss die Bauchwunde ganz mit eingenähtem Stumpf. Die Drainage ist um so wichtiger, als man ja trotz sorgfältigster Toilette nicht mit Gewissheit jedes Eindringen von Infect.-Keimen vor der Operation ausschliessen kann.

Die Technik schliesst sich an die Porro-Amputation der heilen Gebärmutter i. Allg. an; unter Umständen muss man sich aber an bestimmte Modificationen derselben halten.

Porro realisirte die Cavallini'sche Idee von 1768, indem er nach dem Bauchschnitt den Uterus in der Tiefe zu incidiren empfahl, dann Kind u. Plac. herauszuheben und nun erst den Gebärmutterkörper aus der Bauchwunde hervorzuwälzen und die Cervix zu unterbinden.

Müller bringt dagegen den Ut.-Körper intact in den Bauchschnitt, legt die elast. Ligat. um, wobei Blase und Därme vermieden werden müssen, und bringt das Kind direct in's Freie, wobei die Plac. im Ut.-Körper bleiben kann.

Für unsere Fälle von completem Austritt des Kindes kann der Müller'sche Vorschlag nur für die Ausräumung des Uterus in Frage kommen, wenn Placenta und Eihüllen in derselben zurückgeblieben sind. Befindet sich aber noch irgend ein kleinerer Theil des Kindes in dem Riss, so wirkt derselbe tamponirend und da ist es besser, den Ut. soweit vorzuziehen, dass man ihn gleich nach aussen entleeren kann.

Nach genügender Toilette der Bauchhöhle handelt es sich darum, den Stumpf zu versorgen, ob extra- oder intraperitonäal. Die Annähung des Stieles an die Bauchdecken wird durch tiefgehende Rupturen zuweilen vereitelt werden. In Fall 80 und 82 wurde die Heilung unter Einnähung des Stumpfes in die Bauchwand erzielt; die Risse waren beide mal vorn schräg von oben R nach unten L.

Herr Geh.-R. Winckel versenkte in dem oben ausführlich beschriebenen Falle (100) den mit 3 Nahtreihen versehenen Ut.-Stumpf intraperitonäal; fürsorglich war derselbe noch mit einer dünnen elastischen Ligatur umschnürt. Am Muttermund war ein tiefer Einriss, von dem eine Infections-Strasse zu dem Jaucheherd auf der R seitigen Darmschaufel trotz Jodoform-Tampon und Ausspülungen der Vagina führte.

Bei dem Todesfall 66 war der Stiel gleichfalls versenkt. Die Versenkung scheint insoferne gefährlich, als eine Infection von vornherein, gegenüber der Porro-Operation am heilen Ut., hier als fast sicher anzunehmen ist.

Den in die Bauchwand eingenähten Stiel behandelt man mit Eisenchlorid oder 10 % Chlorzinklösung. Gehalten wird er von 2 durchgesteckten Metallträgern, welche am 10.—12. Tage herausgezogen werden können. Der Verband ist ebenso, wie bei der Lap.

Ein kurzgefasstes Résumé indicirt also bei completem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle:

unter allen Umständen die Laparotomie, selbst wenn es in schonender(!) Weise gelungen sein sollte, das Kind per vias naturales zu extrahiren; hiedurch erlangt der Arzt eine Uebersicht über die innere Blutung und das Eindringen infectiöser Flüssigkeiten in die Taschen der Bauchhöhle, und kann die geeigneten Massregeln treffen.

Der Gebärmutterriss darf nur soweit genäht werden, als es die Blutung erfordert und es das Eindringen septischer Keime verhindert; in dem unteren Wundwinkel muss eine Abflussöffnung bleiben. Ist der Riss sehr hoch oder war die in die Bauchhöhle eingedrungene Flüssigkeit stark jauchig, so ist eine Drainage des Douglas' Raumes von dem Vaginal-Gewölbe aus anzulegen.

Der untere Wundwinkel des Bauchschnittes muss gleichfalls für die Drainage eingerichtet werden. In alle diese Oeffnungen können auch nach Leopold Jodoform-Streifen eingelegt werden. Ist im Douglas eine Gegenöffnung gemacht worden, können mit lauwarmer 1 % Thymol- oder Borsäurelösung Durchspülungen vorgenommen werden.

Ist in der Privatpraxis unter sehr ungünstigen äusseren Verhältnissen bei hinterer completer Ruptur die Extraction der Frucht per vias natur. doch gelungen, und befindet sich keine stark septische Flüssigkeit in der Bauchhöhle, so kann die Drainage des Douglas ohne Lap. versucht werden.

Die Porro'sche Operat. ist nur dann indicirt, wenn jede folgende Geburt stets wieder Rupturen oder jedenfalls die Mutter in Lebensgefahr bringt, aber keine Aussicht auf Erhaltung lebender Kinder bietet, Indicationen, wie sie oben ausführlich bestimmt sind. Dazu kommen die Indicationen der momentanen Lebensgefahr, welche eine stark verjauchte, total zerrissene und zerstückelte Gebärmutter mit sich bringt.

Die Ruptur erfolgte	genesen	Sa.	todt	Sa.	genesen %
I. In der Schwangerschaft					
a) mit unversehrten Eihäuten, sämmtlich Zerreissungen von Kaiserschnittnarben	Nr. 8. 16. 20. 75. (Zwill.)	4	—	—	100%
b) m. Erguss v. Fruchtwasser i. d. Peritonäalhöhle	Nr. 96.	1	Nr. 95. (Trauma).	1	—
c) Verjauchung der Frucht	Nr. 12. 81. 98.	3	Nr. 56. 76.	2	60%
II. Während der Geburt.					
a) nach kurzer Geburtsarbeit					
α) mit geschlossenen Eihäuten	Nr. 36. 9. 38. 77.	4	—	—	100%
β) „ Erguss von Fruchtwasser	Nr. 24. 27. 10. 18. 39. 61. 69. 70. 71. 87.	10	Nr. 5. 29. 40. 41. 44. 50. 53. 65. 73. 88. 97.	11	47,6%
b) nach längerer Geburtsarb. ohne Oper.-Vers.					
α) mit geschlossenen Eihäuten	—	—	Nr. 42.	1	—
β) „ Erguss v. Fruchtwasser	Nr. 1. 28. 31. 25. 28. 83. 99. — 52. (Porro).	8	Nr. 7. 15. 22. 32. 37. 43. Porro: Nr. 89. 91. 93. 94.	10	44,4%
c) nach längerer Geburtsarb. mit Oper.-Vers.	Nr. 13. 14. 35. 85. — Porro A.: 79. 82.	6	Nr. 26. 30. 46. 51. 54. 55. 57. 58. 59. 60. 64. 67. 86. Porro: Nr. 66. 90. 92. 100.	17	26,4%
d) Risse von Kaiserschnittnarben					
α) mit geschlossenen Eihäuten	Nr. 1. 6. 19.	3	Nr. 3. 48.	2	60%
β) „ Erguss von Fruchtwasser	Nr. 2. 4. 21. 23. 31. 34. 62.	7	Nr. 63. 84.	2	77,7%
e) Zerreissung von Cervix und Vaginalgewölbe	Nr. 79. (Porro).	1	Nr. 22. 26. 53. 54.	4	20%
f) Riss in vorderer Wand (Eröffg. der Excavat. vesico uterina) (NB. ausgenommen die Zerreissungen von Kaiserschnittnarben.)					
α) mit geschlossenen Eihäuten	—	—	—	—	—
β) „ Erguss von Fruchtwasser	Nr. 11. 49. 82. (Porro).	3	Nr. 26. 51. 53. 68. 72. 74. 78. 100. (Porro).	8	27%
γ) „ läng. Verw. d. Frucht i. d. Bauchhöhle	—	—	—	—	—
g) Complicationen					
α) Prolaps der Darmeingeweide in Uterus	Nr. 13.	1	Nr. 88. 95. (Trauma).	2	—
β) Perforationen „	Nr. 33. 81.	2	Nr. 50.	1	—
γ) beginnende Peritonitis bei oder vor der Laparotomie erkennbar	Nr. 11. 35. 47. Porro A.: Nr. 80. 82.	5	Nr. 58.	1	85%
h) Austritt von intrauterin schon zersetzt. Frucht	Nr. 31.	1	—	—	—
i) Läng. Verw. d. Frucht i. d. Bauchh. m. Zersetzg.	Nr. 17. 33. 47.	3	Nr. 84.	1	—

Ist also die Uterus-Ruptur erfolgt und befindet sich das Kind in der Bauchhöhle, so ergiebt sich der prognostische Werth der Laparotomie aus obiger Tabelle.

1. Am günstigsten, d. h. nach den bisherigen Erfahrungen mit jedesmal erfolgter Heilung sind a) diejenigen Fälle, in denen Kaiserschnittnarben während der Schwangerschaft zerrissen und das Kind in unversehrten Eihäuten in die Bauchhöhle gelangte, — b) ferner diejenigen, in denen während der Geburt (ganz abgesehen von zerreissenden Kaiserschnittnarben) das Kind in unversehrten Eihüllen in die Bauchhöhle fällt, u. zw. nach kurzer Geburtsarbeit!

2. Etwas weniger günstig, d. h. 60—77% Heilungen gewähren solche Fälle, wo a) Kaiserschnitt-N. während der Geburt mit oder ohne Erguss von Fruchtwasser zerreissen; b) auch bei Austritt der Frucht während der Schwangerschaft mit allmählicher Zersetzung und Verjauchung derselben in der Bauchhöhle bringt in 60% die Lap. Rettung.

3. Unter 50 % Heilungen nur (u. zw. 47 bezw. 44 %) bringt die Lap. bei allen Fällen von kurzer und auch längerer Geburtsdauer ohne Operationsversuchen, wenn Fruchtwasser in die Bauchhöhle gelangt war.

4. Kaum mehr als $^1/_4$ aller Patientinnen rettete die Lap., wenn a) bei längerer Geburtsdauer anderweitige Operations-Versuche (mit oder ohne Erfolg., d. h. Entfernung der Frucht per vias nat.) gemacht worden waren (26%) oder b) wenn der Riss die Excavatio vesico-uterina eröffnet hatte und Fruchtwasser ausgetreten war.

5. Ganz schlecht ist die Prognose, wenn der Riss das Vaginalgewölbe auch mitgeöffnet hat; es ist nur ein glücklich verlaufener Fall, u. zw. durch die Amputation nach Porro, bekannt.

Nicht so schlecht ist die Prognose, wenn die Bauch-eingeweide (mit oder ohne Perforation derselben) durch den Riss prolabiren, es sind zu wenige Fälle bekannt, um sie sicher zu rubriciren; mann kann vielleicht 30% Heilung rechnen.

Andere seltene Fälle folgen prognostisch einander.

Unter Rubrik 2, i. e. 60—77 % Heilungen:

a) Rupturen in graviditate mit Erguss von Fruchtwasser in die Peritonäalhöhle.

b) Austritt von schon im Uterus macerirter Frucht, oder c) wenn das Kind bei einer Ruptura sub partu in die Bauchhöhle gelangt ist und dort längere Zeit gelegen hat und verjaucht ist (gewöhnlich Traumen).

Beginnende Peritonitis wurde in 6 Fällen schon bei der Lap. diagnosticirt; in 85 % erfolgte Heilung, von denen $^2/_5$ auf Conto von Porro-Amputationen kommen.

Entschieden gute Resultate hat die Porro-Operation:

1. bei Zerreissung der Cervix und des Vaginal-Gewölbes,
2. wenn schon Spuren von Peritonitis beim Bauchschnitt zu erkennen sind, Pat. fiebert etc.,
3. bei Zerreissung der vorderen Uterus-Wand mit Erguss von Fruchtwasser etc.

Zweifelhaft sind die Resultate der Porro-Amputation (gegenüber der Laparotomie!):

1. nach längerer Geburtsarbeit mit Erguss von Fruchtwasser,

(von 5 Amputirten starben 4) = 20 % genesen,
(von 13 Laparotomirten starben 6) = 46 % genesen,

2. nach Operations-Versuchen war das Resultat besser:

(von 6 Amputirten starben 4) = 33,3 % genesen,
(von 17 Laparatomirten starben 13) = 23 % genesen.

Die einzelnen Symptome nach der Ruptur und nach der Laparotomie erfordern folgende Behandlung.

Das erste allgemeine Symptom, welches dem Laien wie dem Arzte meist frappant in die Augen fällt, ist die starke Prostration. Das Antlitz gewährt plötzlich ein verfallenes spitzes Ansehen. Dem entspricht der frequente kleine Puls. Es sind die Zeichen des Shoks, welcher aber in den weitaus meisten Fällen nicht direct den Exitus letalis herbeiführt. Sobald die Pat. collabirt, sind ihr subcutane Injectionen von Aeth. sulfur., je eine Pravaz'sche Spitze voll (= 0,7g) in $^1/_4$ — $^1/_2$ stdl. Pausen zu machen.

Nach Beendigung der Operation wende man sein Augenmerk den Gefahren zu, welche aus dem Blutverlust und der wahrscheinlich drohenden Peritonitis resultiren.

Um der Anämie und der Schwäche vorzubeugen, verordne man Roborantien, Rothwein, Fleischbrühe, Riechmittel; die Pat. werde, Kopf abwärts, schräg gelagert. Scheint die Anämie tödtlich, so ist die Autotransfusion angezeigt u. grosse Mengen Salzwasser werden per os, per rectum, hypodermatisch an den Oberschenkeln oder durch Inject. in die Venen und den Körper eingeführt; die unteren Extremitäten wickelt man zweckmässig fest hierbei ein.

Um nach dem Stillstehen der Blutung aus der Scheide eine gute Controlle über den weiteren Blutverlust zu haben, lege man eine reine Unterlage und ein ganz reines Stopftuch unter und vor die Genitalien.

Oertlich sind die Hyperämien des Bauchfells zu bekämpfen; dieses geschieht durch Auflegen kühler Umschläge, welche auch den Ut. zu weiterer Contraction anreizen. Treten aber heftigere Symptome einer acuten Peritonitis auf, so muss die Eisblase an ihre Stelle treten; man applicirt sie auf einer leinenen Unterlage, Tage und Wochen lang, genau dem Ut. entsprechend, bis die Erscheinungen — Schmerzen und Meteorismus - verschwunden sind und die Kälte der Pat. selbst unangenehm wird. Für die Entleerung wird sofort durch ein Lavement gesorgt, und nützt dieses nichts, werden kleine Dosen Calomel verordnet (0,03—0,05 g 3 – 4 × tgl.). Ist Defaecation erfolgt, so wirkt man dem widerwärtigen Brechreiz, der Unruhe und Aengstlichkeit der Pat. durch Opium entgegen: tr. theb. 15—20 Tr.

Auch für die regelmässige Entleerung der Harnblase ist bei Ischuria 3 mal tgl. zu sorgen.

Die Diät während des starken Fiebers sei kräftig, aber nur flüssig: Fleischbrühe. Die weitere specielle Behandlung entspricht derjenigen der Metrolymphangitis et peritonitis. Alcohol in grossen Dosen, um der Herzschwäche und der Albuminurie entgegenzuarbeiten; Eispillen gegen das Erbrechen, Versuche mit Antifebrin 0,25 – 0,5 g oder Antipyrin 0,5 g 1—3 × tgl.

Mit Bädern sei man sehr vorsichtig, um die jungen Adhäsionen und Verklebungen nicht durch Verstärkung des intraabdominellen Druckes und Unruhe bei Anspannung der Bauchpresse zu zerreissen.

Was die Behandlung bei später erfolgender Schwangerschaft betrifft, so weichen hier die Anschauungen noch sehr

auseinander. Die Einen schütten das Kind mit dem Bade aus, indem sie unter allen Umständen die Laparotomie bei der ersten Ruptur in eine Porro-Amputation umwandeln wollen. Hegar hält bei der folgenden Geburt den rechtzeitigen Kaiserschnitt, gleichviel ob Gefahr droht oder nicht, in jedem Falle für indicirt, während Battlehner in einem Falle die künstliche Frühgeburt glückte.

Auffallend sind die Aborte in den folgenden Schwangerschaften. Villeneuve berichtet im Fall 11 einen Abort im 3. Monat mit heftiger Blutung. Der Dyer'sche Fall (36) erlebte zwei Fehlgeburten in den beiden folgenden Jahren; in dem dritten Jahre nach der Ruptur gebar die part. mit Hilfe der Zange einen lebenden Knaben. In Fall 38 von Whinery erfolgte gleichfalls glücklich eine Zangengeburt. Lederer (87) entband glücklich nach zwei Jahren, Fourrier (47) nach drei Jahren.

In allen diesen Fällen war die Laparotomie gemacht worden, was um so mehr in's Gewicht fällt, als von der vernarbten Bauchwand dem andrängenden Ut. weniger Resistenz, weniger Stütze geboten wird. Mehrere Fälle der Tabelle zeigen uns dieses Nachgeben der Bauchwand schon in der Mitte der Schwangerschaft mit wachsender Gebärmutter. Aetiologisch scheint hier die Verwachsung der Gebärmutter mit der Bauchwand-Narbe zu wirken.

Es lässt sich betr. der folgenden Geburt gar nichts feststellen. Wir kennen oft nicht einmal die Ursache der sogenannten spontanen Rupturen, geschweige denn, dass wir die Prognose der folgenden Geburt stellen können, und diese Prognose würde zugleich Indication für unser Handeln sein Dazu kommt, dass fast alle Gebärmutterzerreissungen bei Pluri- u. Multiparae statt haben, die oft sogar vorher ganz leicht und normal geboren haben, ohne dass inzwischen die Knochen erweicht wären oder der Uterus sich bei der mikroskopischen Untersuchung verfettet zeigte. Das sind Fälle, denen am meisten analog die subcutanen Zerreissungen quergestreifter Muskeln stehen, Fälle, wo die Ursache zu der Ruptur gar nicht ausreichend für eine solche scheint. Am meisten findet man solche bei den Mm. rect. abdom., vast. ext. crur., dann der lgg. u. tendin. Achillis, des m. quadric. femoris u. patellae selbst triceps brachii etc. Mikroskopisch zeigt sich hier, dass die Continuitätstrennung fast stets innerhalb der Intercellularsub-

stanz des Gewebes liegt, während die zelligen Elemente sehr selten zerreissen. Vielleicht liegt hier eine mangelhafte trophische oder musculäre Innervation zu Grunde, und entsprechen die sonst unerklärlichen Uterus-Zerreissungen auch einer solchen.

Bei mässig verengtem Becken läuft die Entbindung auch mehrere Male gut ab, plötzlich zerreisst der Ut., und die nächsten Geburten können wieder in einigen selteneren Fällen unter ärztlicher Leitung (Frühgeburt, Zange) glücklich ohne Ruptur verlaufen.

Oft zeigt sich die Narbe fester als das andere Gewebe. Unter den Krukenberg'schen Fällen finden sich Zerreissungen an anderen Stellen; die Narbe war fest. Mit einer einigermassen grossen Sicherheit kann man die wiedererfolgende Ruptur bei fettiger Degeneration der Ut.-Muskularis erwarten; hier muss man sich eher zur Sect. c. entschliessen.

Bei hochgradigen Beckenengen wäre die Frühgeburt, ev. der Kaiserschnitt an sich schon am Platz; meist hören die Grav. allerdings nicht auf diese Mahnung, rechtzeitig zu kommen, wie viele Anamnesen der Tabelle zeigen.

Die geographische Vertheilung der Laparotomien wegen Uterusruptur, (welche immerhin einen Schluss auf die Praedisposition der weibl. Bevölkerung in bestimmten Gegenden zu Rupturen und auf deren Widerstandsfähigkeit gestattet) ergiebt folgendes:

Deutschland	45	Fälle	21	Heilungen	46,2%
Oesterreich	9	„	3	„	33,3%
Nord-Amerika	18	„	7	„	38,5%
England	16	„	6	„	37,8%
Frankreich	7	„	6	„	85,8%
Russland	7	„	6	„	85,8%
Holland	3	„	3	„	100,0%
Schweiz	3	„	2	„	66,6%
Italien	3	„	2	„	66,6%
Dänemark	1	„	0	„	

Der engeren Vertheilung nach schloss sich Deutsch-Oesterreich mit 4 Fällen 2 Heilungen = 50% dem Heilprocentsatze Deutschlands an, während Böhmen 5 Fälle 1 Heilung = 20%.

In Deutschland:

Rhein-Westphalen	8 Fälle	3 Heilungen	=	37,5 %,
Sachsen-Thüringen	4 „	3 „	=	75 %,
Süd-Deutschland	2 „	0 „		
Berlin	9 „	1 „		

Gar keine Fälle waren verzeichnet (auch sonst äusserst wenige Rupturen jeder Gattung) in den Provinzen längs der Nord- und Ostsee, ausser Holland und Ostpreussen, ev. Dänemark. In Hamburg, wo doch ein Gemisch aller Stämme zusammen läuft, habe ich keinen Fall gefunden.

In den Gegenden, wo der Arzt oft mit rhachitisch. und osteom Becken, also Kaiserschnittscandidatinnen zu thun hat, werden natürlich am ehesten die Laparotomien in Frage kommen. So erklärt sich die hohe Zahl vom Rhein u. s. w.

So schliesse ich diese Arbeit, zu welcher der geistige Impuls meines hochverehrten Lehrers mich angeregt hat. Seine gütigen Unterstützungen sind mir im Verlaufe derselben in reichstem Maasse zu theil geworden; desshalb möge am Schlusse mir vergönnt sein, Herrn Geheimen Rath Winckel meinen innigsten Dank auszusprechen.

Uebersicht

über

100 Fälle von Uterusruptur mit completem Austritt des Kindes und nachfolgender Laparotomie, mit Quellenangabe.

Fall 1. Lorinser 1803 (v. Krukenberg i. Arch. f. G. 1886, XXVIII, Siebold's Journal III, 106). — Anamn.: Rbach. 1. Gebt. 1802 Sect. c. — Verlauf d. Schwang.: 1803. 2. Grav. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Blase springt; Rupt. Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. bald nachh. Heftpflaster-Verband. — Befund i. d. Bauchhöhle: todt. Kind u. Plac. i. Abd.-Höhle. Viel Blut. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 2. Sommer (Rhode) 1810 (wie Fall 1). — Anamn.: Rach. 1796. 1. Gebt. Sect. c. — Verlauf d. Schwang.: Kaiserschnitt soll 1810 wiederholt werden. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. keine Naht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Blut u. reichl. schwärzl. Flüss. Rupt.: 3 Zoll lang, alt, scirrhös; abgerund. u. abgeplatt. harteRänd., schwer zu erweitern. Kind frisch todt. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung in 2½ Mon.

Fall 3. Locher 1818 (wie Fall 1 Medico chir. transact. Lond. IX p. 11, XI p. 182). — Anamn.: 1. Gebt. 1817: Sect. c. 6—8 Zoll lang. Schnitt, 5 Snt. durch Bauchdecke, reichl. Eiterg. — Verlauf d. Schwang.: Nov. 1817 heft. Erbrech. i. Gravidit. Riss der Bauchnarbe, Reposit. des Oment., Heilg. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Gebt. 1818 1. Mai: heft. Schmerz, Blut nach auss., Schmerz lässt nach. Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Frucht mit unversehrt. Eihäut. i. Abd.-Höhle. Ut. contrah. Blut. gering. Bauchdeckennaht. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes: Erysipel. Peritonitis. — Result.: Tod am 9. Juli Sect. Ut. contr. Vorn mandelgr. Oeffng. mit callös. Ränd.

Fall 4. Schenck 1825 (wie Fall 1; Sieb. Journ. V. 783, VI. 377). — Anamn : Osteom. — VII. Gebt. 1823 Sect. c. — Verlauf d. Schwang.: VIII. grav. 1825. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Intra part. rupt.; Blase prolabirt. Deutl. Krachen beim Aufstehen. Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Schmerz in Magengegd. Wehen sistiren. — Operation: Lap. Abends. — Befund i. d. Bauchhöhle: Blut u. Fruchtw. neb. d. Frucht in Bauchh. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 5. Jackson 1832. Prov. med. Jour. 1832 p. 235. — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Spont. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Gastrot. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Kind v. $11^1/_4$ ℔ in Bauchh. Riss hint. v. $3^1/_2$ Zoll Länge. 2 Zoll quer, Cerv. $^1/_2$ Z. getrennt. — Verl. d. Wochenbettes: 5 Tage gut. Befind. Kräfte heb. sich. Am 6. Tg. Sinken der Kräfte. — Result.: Tod am 7. Tag. Sect. keine Peritonitis, kein Erguss in Perit.-Höhle. Ut. contr.

Fall 6. Kilian 1840 (wie Fall 1; Hann. Annal. v. Holscher 1839, IV, 217). — Anamn.: Osteom., VII. Gebt. 1837 Sect. c. — Verlauf d. Schwang.: VIII para. — Geburts-Verl. bis z. Riss: In Gebt. plötzl. Rupt. colli, Urs.: sehr fest. Ut.-Narbe, so Riss unterhalb an vord. Wd. des Coll. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. sofort. — Befund i. d. Bauchhöhle: wenig hell. Blut, geschloss. Eisack mit todt. Kind in Abd.-Höhle. Ut. contr. Rupt. 4—5 Zoll. Alte Narbe intact. Riss in vord. Coll. — Verl. d. Wochenbettes: prima intent. Anfgs. Ruct., wenig Erbrech. — Result.: Heilung in 3 Woch.

Fall 7. Zartmann 1840 (Schmidt's Jahrb. 1840, 2. Suppl.) — Anamn.: Elend. Zustd. Beck.-Enge. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 2 Tage Wehen, die seit 12 Stdn. sistir., fürcht. Schmerz. Urs.: Becken-Enge. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Viel Serum, Kind fast ganz in Bauchh. Lap. — Befund i. d. Bauchöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 3 Tgn.

Fall 8. Prael 1843 (wie Fall 1, Hann. Ann. f. ges. Heilkde. v. Holscher, 1843, III. p. 701.) — Anamn.: Rhach. 1842 Sect. c. mit 6 Bauchnähten. — Verlauf d. Schwang.: 1843 im V. Gr. Mon. heft. intermitt. Rück.-Schmerz. 4 Wochen lang. R. Hd. breit v. Kaiserschnittnarbe eine ulcerir. Stelle, handgross, ödem., eiternd. Fieb. 4 Tge. spät. beim Rufen weich. d. Bauchdecken, Eisack prolabirt. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Narbenrupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: der quere (?) Hautriss erweit. auf 5 Zoll, Plac. u. unversehrt. Ei ex abd., Plac. allein ex ut. selbst. Heftpflast.-Verbd. — Befund. i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung in $2^1/_2$ Mon.

Fall 9. Frank 1843 Canstatt. Jahresb. 1845 IV. — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Intra partum compl. Rupt. Frucht dtlich. unt. d. Bauchdecken fühlbar. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. sofort. — Befund i. d. Bauchhöhle: compl. Austritt. Rupt. hinten, Eihäute erhalten. — Verl. des Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 10. Somme 1843 nach Ritter, 69 Rupt. i. Canst. Jahresb. 1845 IV. — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Heft. Wehen, plötzl. intens. Schmerz, Cessiren der Wehen. Collaps. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. sofort. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind ex abd. Höhle gezogen. Rupt. hinten. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 11. Villeneuve 1843. (Rapport de l'Acad. à Paris, Mittheil. v. Castelly 1843). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl.

bis z. Riss: Urs. Bed. Exostose. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Gastrot. blut. Hefte der Bauchwde. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Ex vuln. 4 ℔ blut. seröse Flüss. mit Gerinnsel. Zieml. kräft. Kind. Riss im vord. ober. 1/3 d. Ut. bis z. unt. 1/3. Unregelm. Lapp., durch die Rissstelle eingestülpt, um ihre Abstossg. z. bewirken. — Verl. d. Wochenbettes: Sehr beunruh. Erschein. gleich post oper. Metroperitonit., sehr heft. u. Putrescenz der Lipp. der Rupt., jauch. Secret ex genital. in VI. Woche. — Result.: Genesung allm. in 8 Woch. fortbesteh. Eventrat. Pat. arbeitsfähig. Im VI. Mon. Menstruat. Spät. Abort i. III. Mont. mit heft. Blutg.

Fall 12. v. Cauwenberghe 1844 (wie Fall 1). — Anamn.: Osteom. Sect. c. (Ann. d. l. soc. d. méd. 1844 p. 62). — Verlauf d. Schwang.: Im VII. Mont. grav., 15 Mon. nach d. Kaiserschn.: Rupt. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Narbenruptur. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Erbrech., Resp. stossweise. 14 Tge. spät.: Perfor. der Htdeck., 3 Querfing. unt. d. Nab. Stink-Blut u. Fruchtwasser. — Operation: Bauchwunde erweitert, hieraus Foet. u. Plac. entfernt. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Verwachsg. d. Narbe mit Htdeck. Stink. Ausfluss. Ut.-Wde. klafft quer. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 13. Kuhn 1844. — Anamn.: 6 Geb. regelm. (Oest. Wochenschrift Nr. 42 1844). — Verlauf d. Schwang. — Geburts Verl. bis z. Riss: 11 Mai 44 z. recht. Zt. Wehen. Abds. springt d. Blase. Kopf rückt nicht weit., plötzl. R. heft. Schmerz, Weh. sist. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Geröth. Gesicht, glänz. Aug., Durst, Erbrech., quäl. Hust., Temp.: höher. Sec. corn. Gr. Angst, Puls 100. Vergebl. Extr. Vers. nach d. Rupt. — Operation: Lap. 12 Stdn. post rupt. 4 Hefte ohne Bauchfell zu fass., 1 Zapfennaht. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Kind tot in Bauchhöhle, Netz u. Gedärme prolab., hierd. Einsicht auf Ut. Wenig Blut. — Verl. d. Wochenbettes: Währd. Op. Würg., Brech., heft. Collaps, Excitant. Puls kräftiger, gelind. Fieb., geringe Schmerzen an Op.-Stelle, wenig blut. Ausfl. e vag. Dumpf. Schmerz R. i. Beck. in 4 erst. Tgn. — Dann frost. Fieb. Am 5. Tg. Diarrhoen, Naht am 14. Tg. entfernt, statt dess. Heftpflast. — Result: Heilung in 6 Wochen.

Fall 14. Feild 1850 Charlest. Journ. May 1851 New York Journ. Nov. 1850. — Anamn.: 33j. Mulattin, 6 Gebtn. Beck. u. Weichth. norm. — Verlauf. d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Muttermd. 1/2 Doll. Wehen äuss. heft., hören plötzlich auf. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Beschl. Resp., Dyspnoe, wed. Erbrech. noch gr. Mattigkt., noch Blut aus Vag. Ut. höher. Kindesth. durch Bauchwd. palpabel. Vergebl. Extr.-Vers. — Operation: Lap. 6″ lg. Schnitt, 5 Hefte schliess. d. Wde. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. a. Fund., Plac. eingeklemmt. Knabe gut gebild., liegt i. Bauchhöhle. Viel Gerinns. — Verl. d. Wochenbettes: Opium. ruh. Nacht post op. Alle 6 Stdn. 4 gr. Calom. 1 gr. Op. bis Speichelfluss. — Result.: Heilung in 6 Wochen.

Fall 15. Long 1850. — Anamn.: III para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Mund völl. erweitert.: Rupt. als Blase schon gesprungen. Kopf bis nahe Ausgg. — Jetzt Mund verschlossen, Kopf

ganz zurückgewich. Urs. unbekt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Wunde geheftet. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Rupt. im Fundus, Kind in Bauchhöhle, 22 Unz. Blut in Bauchh. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod in 2 Tgn.

Fall 16. Decoene 1852 (wie Fall 1. Gaz. des Hôp. à Paris, 1852, p. 221, 505). — Anamn.: Sect. c. 1844 rhach. Beck. Extr. 1849. — Verlauf d. Schwang.: Im VII. Monat. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 1852 Wehen, nach 40 Stdn. Coll., e vag. Blut. Rupt. d. Narbe. Mund thalergr., Abd. depend. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Collaps, Blut e vag. Leib aufgetrieb., wenig subj. Störgn. i. Allg. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Allg. Bef. gut. 2 Kind. in gesond. Eihäut. in Bauchhöhle. Ut. contr., an Rissstelle dünner. Viel Blut e vag. Riss vorn der Narbe entsprechend, keine Blutg. — Verl. d. Wochenbettes. — Result: Genesung schnell in 19 Tgn.

Fall 17. Nebel 1852 (H. u. Pf.'s Ztschrift. N. F. I, 2, 1852, Schmidt's Jahrb. 1874). — Anamn: 30j. gesde. Frau, 3 mal leicht gebor. — Verlauf d. Schwang.: IV para, Dec. 1850. Mitte Okt. erste Wehen; sie fiel heftig, kein Schmerz, keine Blutg., seitd. keine Kindsbeweg. Plötzlich 17./I. ohne Wehen stark. Blutfl. mit Erbrech. u. hierauf heftig. nicht wehenart. Schmerz. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Nach 3 Tgn. (20./I.) Puls 160, trock. Zunge; Leib schmerzt, Kind dicht unt. Bauchth. Mund geschloss. — 29. Fruchtw. 30. Stücke der Nabelschnur u. Plac. gehen ab in beginn. Verwesg. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: 4./II stark. Fieb., Pat. verfall., unterh. Nabel starkgeröth. Stelle, zu beid. Seit. noch 2 ähnl. Ordin.: warme Breiumschläge. Blasenbildg. u. Oeffng. — Operation: 9./II. Von Fist. aus ganze Bauchhöhle geöffnet; trüb. stink. Flüss. mit Schwämmen ausgesogen. Ut. gut contr. i. kl. Beck. — Befund i. d. Bauchhöhle: Pat. sehr erschöpft. Blutg. minim. Kind an Beinen extrahirt, fast ausgetragen, lag in Höhle, die oben an Col. tr. stiess, Oberfl. v. einer Art Muskelht. überzogen, wie die der and. Schling. — Verl. d. Wochenbettes: 15./II. Wunde bedeut. kleiner. 12./III. 1/2" lg. 1 1/2 breit. Anfg. April. geschloss. NB. weil Wundränd. in krankh. Zustd., nicht vereinigt. — Result.: Heilung in 8 Woch. Kind nicht bei Fall i. Oct. ausgetr., sond. nur abgestorb.; durch Fäulniss durchgebohrt in die Bauchhöhle. Selten.

Fall 18. Halder 1852 (Nederl. Weekbl. Aug. 1852). — Anamn.: III para 32j. Frau, schief verengt. Beck., schon 2 mal mit Mühe v. todt. Kd. entbund. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. b. z. Riss: Der scheinbar grosse Kopf hart a. Beck. Eingg. unbewegl. Heft. Weh. sist. plötzl.; Blässe, Angst. Puls sinkt. Explor.: Kopf leicht nach oben bewegl., quer. Riss i. hint. unt. Theil. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. todt. Kind mit stark. Kopf in d. Bauchhöhle. — Befund i. d. Bauchhöhle: React. post op. unbedeutd. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung in 5 Woch.

Fall 19. L. Winckel (Frau Sieper) Mon. f. Gebtskde. XVIII, p. 24). — Anamn.: Rhach. Conj. v. 1 3/4". Dessh. Sect. c., nach 3 Woch. Heilg. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Heft. Weh., lass. plötzl. nach. Leib sehr empfindl. Einz. Theile leicht z. erkennen durch d. Bauchdecken, kein Blut od. Fruchtw. ex vag. Urs. Narbenriss. Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Kräfte

gut. Haut warm, feucht, keine Ohnmacht. Leib schmerzt bei Beweg. — Operation: Lap. 20 Stdn. post rupt. Im Nab. kl. Bruch, v. da Schnitt bis 1 Zoll üb. Symph. — 6 Knopfnähte u. i. unt Wundwink. Sindon. Bei Op. fast kein Blut verlor. — Befund. i. d. Banchhöhle: Riss vorn in Narbe. Blut. i. Abd. viel. Eihäute unverletzt. Fruchtfrei mit Plac. i. Abd. Ut. contr. — Verl. d. Wochenbettes: Kräfte gut, keine Ohnmacht. 1. Tg. Schmerz, wenig Fieb., Puls 100. 5. Tg. sehr gut. Schmerz durch Ric. beseit. 6 Tg. Nähte entfernt, Sindon weg. etw. Eiter. — Result.: Heilung in 14 Tgn. Spät Gebt. cf. Fall 20.

Fall 20. L. Winckel (Sieper) wie 19. — Anamn.: Im 5½ Mont. nach schwer. Heb. plötzlich Rupt. mit Wehen. Heft. andau. Schmerz. Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Narbenriss durch schweres Heben. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Eihäute zerriss. beim Herausheben, Fruchtw. herausgeleitet. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht in Abd. mit erhalt. Eihäut., von 5½ Mon. Alt. — Verl. d. Wochenbettes: Lig. am 5. Tg. entfernt. Keine Zufälle. — Result.: Heilung am 8 Tg. (spät. Tod angebl. an Parotitis).

Fall 21. L. Winckel (Frau Haarbaus) wie 19. — Anamn.: Osteom. Conj. 2¾″. Becken abgebildet als Fig. 100 u. 101 in H. Geh. R. Winckel's „Geburtshülfe". — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. b. z. Riss: Starke Wehen, plötzl. Aufhör. Anhalt. Schmerz i. d. Blas. Gegd. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Heft. Erbrech. Gr. Angst, Blässe, feuchte kalte Extr. Puls klein fadenf. — Operation: Lap. am folg. Tg. — Befund i. d. Bauchhöhle: Blut. Wass. aus Bauchhöhle, Blutcoag. Kind hoch ob. i. Epigastr. zw. Dünndärmen. Ut. contr. Zerreiss. v. Coll. u. Scheidengewölbe. — Verl. d. Wochenbettes: 1. Tg. Puls 130, 2. Tg. P. 170, bis z. 4. Tg. P. 126, dann wieder 130. Leib nicht mehr hart, Stuhl, Appetit, Schlaf. 22. Tg.: P. 120, leicht. Fieb. 28. Tg. Besserg. — Result. Genesung in 28 Tgn. Menses wieder.

Fall 22. L. Winckel (Frau Habernickel) wie 19. — Anamn.: Osteomalacie. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. b. z. Riss: Kräft. Weh., plötzl. Sistir., Schmerz, dunkl. zersetzt. Blut e vag., beständ. Vomituration. Urs.: Ost. Beck. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Zustand desolat, Erbrech., heft. Blutgn. — Operation: Lap. Ut. incid., weil Riss nicht gefund., nur Plac. u. Eihautreste i. Ut. — Befund i. d. Bauchhöhle: Blut. Flüss. i. Abd., blauroth. Ut. legt sich in d. Wunde, Kind erst nicht z find., hint. d. Därm., langs. entwickelt. Coll. v. bint. Vag. Gewölbe Rupt. — Verl. d. Wochenbettes: Wenig Aussicht auf Reconvalescenz, trotzd. i. erst. Tgn. Erfolg. — Result.: Tod am 6. Tg.

Fall 23. Reiche 1854 (Deutsche Klin. 33, 1854). — Anamn.: 4′ grosse rhach. Person. Conj. 2″. Hysterot.: 2″ unt. Nab. bleibt Fist. (nadelkn. gross). Alle Mon. hieraus Blut. Sonde gelangt in Ut. u. Vag. Vag. Port. mit vord. Bauchwd. verwachs. — Verlauf d. Schwang.: Gravid. 6 Jahr post hysterot. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 1½″ lang. Schnitt. u. 10 Woch. alt. Foet. ex abd. Höhle entleert. — Befund i. d. Bauchhöhle: Starke Blutg., so dass hohe Anäm. Riss vorn. —

Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung; (Tod am Typh.) Sect.: port. vag. 4″ lg.

Fall 24. Neill 1855 (Monthly journ. of med. Apr. 1855, p. 337). — Anamn.: IV para. — Verlauf d. Schwang.: — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Hydroc. Kopf lange im Beck. Eingg. Weh. sehr heft. Rupt. auf Nachtstuhl. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 5 Sut. i. Bauchwde. Opiatklyst. — Befund i. d. Bauchhöhle: Todt. Hydroceph. Riss sehr beträchtl. Plac. noch im Ut. — Verl. d. Wochenbettes: In erst. Tgn. Brech., Tympanit. drohend. — Result.: Genesung; nach 1 Monat arbeitsfähig.

Fall 25. Gilman 1856 (Gaz. des hôp. 3, 1856). — Anamn.: 30j. VIII. para. 2 Gebt. Zange. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis. z. Riss: 24. Sept. 53 erste Wehen. Mund fast völl. geöffnet. Kopf vor. Kräft. Wehen, langs. Vorrücken. 9 Uhr Abds. Mund wenig. geöffnet als früh., sehr rigid. 11 Uhr Rupt. Abds. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Geg. Morg. gr. Erschöpfg. Wüthend. Schmerz. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ausgetrag. Kind i. Abd. mit Plac. — Verl. d. Wochenbettes: Erste Tge. Fieb. Peritonit. — Result.: Heilung in 4 Woch. Nach 10 W. arbeitsfäh.

Fall 26. Murray 1856 (Assoc. Journ. 193, Spt. 1856, Schmidt's Jahrb. 73, 93, 1856). — Anamn.: 30j. Frau, vor 5 u. 3 J. 2 leb. Kind. leicht gebor. Seitd. heft. Schmerz i. Kreuzgegd. und Beinen. Kleiner und lahmgeworden. Osteom. — Verlauf d. Schwang.: VIII. Monat Wehen seit Tagesbeginn. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Arm u. Nabelstrang lieg. vor. Beck. so eng, dass Entbind. unmöglich. — Oberh. Symph. einz. Theile sehr deutlich durch Bauchdecken. Urs. Ost. Beck. — Allg. Befind. währ. u gleich nach d. Rupt.: Vers. z. Embryot. (Exart. hum.) vergebl. Frau halb bewusstlos. Wehen sist. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Blutg. sehr gering. Kind in Bauchhöhle. Riss vorn Ut. v. Vag. abgerissen. Verl. d. Wochenbettes: Stdl. 1 gr. Op. Nach einigen Stdn. Erbrech. Puls sinkt. — Result.: Tod nach 20 Stdn. Sect. Wenig Blut in abd. Ut. contr.

Fall 27. Podbersky 1856 (Oestr. Zeitschr. für prakt. Heilkde. II, 1. 1856; Schmidt 91, p. 202). — Anamn.: VIII para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Mit umschlungener Naht genäht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Zuerst viel Blut, dann Kind aus d. Bauchhöhle, ausgetragen, zuletzt Plac. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung zieml. rasch.

Fall 28. Bayne 1857 (Amer. Journ. Jan. 1857, Schmidt 100, p. 204). — Anamn.: Kräft. 25j. IV para. Beck. kleiner als gewöhnl. — Verlauf d. Schwang.: 3 Mon. vor d. Gebt. allg. Anasarka. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 2 Tg. Wehen: plötzl. heft. Schmerz, Wehen sist. Vorl. Kopf zurück. E Vag.: Blut. Eigenth. Zieh. Kindesth. deutlich durch Bauchwd. palpabel. Urs. Verdünnung d. Musc. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Puls 130. Resp. schwier., sehr schwach. Coma, Neigg. zu Collaps. — Operation: Lap. soft. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Kind tot. in abd. u. Plac., hoch oben, drückt auf Zwerchfell. Rupt. i. Fund. ut. Keine Haemorrh. Kind sehr gross. Betr. Stelle

sehr dünn, Riss unregelm. — Verl. d. Wochenbettes: 3 Tge. Peritonit. Nach 12 Tgn. Narbe. Dunkl. dick. purul. Ausfl. e vag. ohne Fieb. mehr. Woch. — Result.: Heilung in 3 Woch. Nach 2 Mon. Abort.

Fall 29. Runge 1857 (Deutsche Klin. 14, 1857). — Anamn.: 38j. stets gesd. III para. — Verlauf d. Schwang.: 6. Juli 56 Abds. v. Spaziergg. zurück, 4 sich rasch folgende Wehen, sistir. u. an ihr. Stelle Schmerz, i. ganz. Abd. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Mund etw. off. Kindesth. deutl. durch Bauchwd. palp. Urs. verdünnte Wd. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Blass, kalt, verfall. Puls: kl. Frequ. — Operation: Lap. 3 Uhr Nachts. 8 blut. Hefte u. Heftpflast. Unt. Wink. $1^1/_2$″ offen. — Befund i. d. Bauchhöhle: Strom Blut, Rück. des Kindes sichtbar; Wde. auf 4—5″ erweitert zur Extr. — Verl. d. Wochenbettes: 4stdl. 1 gr. Op. Auftreibg. des Abd. nimmt zu, sonst All. gut. Am 3. Tg. Gangrän. — Result.: Tod nach 105 Std. Sect.: Viel Gas in Abd., Därme hyperäm., Netz brand., zw. Därm. wenig Blut. Ut. 6″ breit, 5″ hoch, $1^1/_2$ dick von vorn nach hint. Oberfl. mehr. kl. Faserknorpel. L. Rupt. v. ob. n. unt. bis $1^1/_2$″ v. Os int. Dünne Wd. Viel Gas. Riss verklebt.

Fall 30. Finocchi 1857 (Gazz. med. ital. Tosc. 1857, 30). — Anamn.: Eng. Beck. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Eng. Beck., Querlage Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Wendg. misslingt vor d. Rupt. — Operation: soft. Laparot. — Befund i. d. Bauchhöhle: Plac. u. todt. Frucht ex abd. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 50 Stdn. —

Fall 31. Freericks 1858 (wie Fall 1 (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde) 858 II. 17, 1859 III. 237). — Anamn.: Rhach. IV para. Sect. c., es bleibt Fistel 1857; V. part. Abort. III. Monat. — Verlauf d. Schwang.: IV para. 1858 seit Mai. Aus Fist. Fruchtw., künstl. Frühgbt. beabsicht. am 23. Oct. Narbe sehr gedehnt, Muttermd. früh. zu erreichen, jetzt nicht mehr. — Douche, Sec. corn., Wachsbougie. In d. 26. Stde. 3, am folg. Tg. in 48. Stdn. 7—8 Wehen. Muttermd. off. 27. Nov. Abds. Rupt. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: 28. Nov. 2 Uhr Nachm. 20 Stdn. post rupt.: Lapar. Die prolab. Darmschling. trotzen all. Repos. Versuch. Punct. erfolglos, dessh. Incis. ders. u. Entleer. v. gelbl. Flüss. u. viel Gas. Repos. Verschluss. — Operation: Fruchtbl. drängt sich vor, woraus viel Wass., zersetzt. Kind. Rissränd. ungleich. Prolabirte Darmschling. Plötzl. Brechanfall. Zahlr. Darmschl. prolabir. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes: Opium. Zustd. hoffnungslos. Abds. 10. Brechneigg., trotz Op. Leibschmerz. Puls sehr frequ., kräftiger. 29. früh. Nacht leidl., Schmerz erträgl. 30. saur. foetid. Aufstoss. 1. Dec.: faecul. Erbrech., aber allg. Befind. gut. 2. Loch. stink. Puls frequ. 4. Nähte entfernt. Absc. in Nähe d. Wde. Wunde v. 9 cm, schmerzh., mäss. eiternd, i. d. Tiefe vereinigt. Nähte entfernt. Zunahme d. Kräfte. Abscess. 25. Dec. Heilg. — Result.: Heilung in $3^1/_2$ Woch. Nach 8 Woch. 3 Stdn. lang. Weg zurückgelegt. Leibbinde.

Fall 32. Pagenstecher 1858 (Mon. f. Geb. XII, p. 146, Sept. 1858). — Anamn.: 28j. Osteom. Vor 3 J. 1 Kind, nach d. Entbind.

konnte sie sich 4 Mon. nicht beweg. — Verlauf d. Schwang.: II para. Knochenschmerz, unfäh. z. gehen. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Blase früh morg. gesprung. Heft. Wehen bis Abends, plötzl. mehrm. Erbrech. Weh. sistir. Kopf vorher auf Beck. Eingg., nicht mehr jetzt z. fühl. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Frau verfall., kalt. Extr., kaum fühlb. Rad. Puls. Bauch stark depend. Kindsth. deutlich durch Bauchdeck. palpab. — Operation: Lap. soft. — Befund. i d. Bauchhöhle: Kind tot. in Bauchhöhle u. Plac. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 26 Stdn. Sect.: Hint. Ut.-Wd. von Os int. bis Insert. des R lg. lat. ruptur.

Fall 33. Baeza 1859 (Siglo med. 592, 293 Mayo 1865. Schmidt 129, p. 184). — Anamn.: 38j. zarte Constit., Menstr. seit 16 J. 25 J.: 1. Gbt. nach 4täg. Arbt., todt. Knabe. Ebenso ein 2. Mal. — Verlauf d. Schwang.: IV. para i. 38. J. zur gewöhnl. Zt. Wehen, Schmerz, Empfdg. als ob Gebt. schon stattgefund. habe. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Heft. Fieb. nach einig. Stdn. Am 3. Tg. Plac. ab, Fieb. 30 Tge. lang mit heft. Schmerz. Foetid. Eiter e vag. Unterh. Nabel Geschwulst: R os. front. orb. hierdurch ab. Aus d. Fist. kamen Extremität., Urin, Blut. So 1 Jahr. Kräfte sink. Jan. 1859 Fist. v. 2—3 cm Durchm. mit ungleich. callös.Ränd., woraus beständ. schmutz. gelbe Flüss. aus Urin, Eiter, Faec. Palp.: Geschwulst allseit. verwachs. Sonde: glatte Höhle. Scheide: kein Ausfluss. — Operation: Lap. bis 3 cm üb. Symph. v. d. Fistel (L. v. Nabel) ab; fleiss. Ausspritz. d. Wunde. Inj. i. Urethra. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ut. fest. Pat. kann es nur in R Seitenlage aushalten. Mager, blass. Oedem der unt. Extr. Menstr. fehlt. Rupt. mit spät. Vernarbg. Foet. zum Skelett geword. Alle Knoch. rein, Kalkniederschläge (v. Urin). Ueberall Adhäs. cystenart., Wandgn. roth, heiss, unzähl. Perforat. nach Dünnd. zu. Harnbl. ganz contr. — Verl. d. Wochenbettes: Puls kl. Frequ. Resp. frequ. Haut heiss, trocken. Stuhl u. Urin durch Anus praeternat. Starke Eiterg. in erst. Tagen. Geringe React. Allg. Bef. gut. Faec. u. Urin post op. norm. ab. Vernarbg. der Cyste. Nur Incont. urinae. — Result.: Genesung. Nach 2 Mon. arbeitsfähig.

Fall 34. Hahn 1861 (wie Fall 1; allg. Wien. med. Zeitg. 1861, p. 61). — Anamn.: Sect. c. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. Narbenriss; zu starke Wehen. — Allg. Befind. währ. und gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. v. Coll.-Fund. Blutextravat., todt. Kind aus Bauchh. extrah. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 35. Crighton 1864 (Schmidt Jahrb. 130, p. 182). — Anamn.: 28j. IV para, 3 Mal Zange, Kind bald gest. Promont. stark vor, so dass bei norm. Geburtstermin keine leb. Gebt. mögl., künstl. Frühgebt. gerath., nicht befolgt. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 28. Jan. 64. Zange 4 Mgs. Gr. Angst, Schmerz, Wehen plötzl. ausgesetzt. Aus Scheide: Blut. Zange vergebl., ebenso d. Wendg. — Morph. 1/6 2 stdl. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Lap. zunächst verweigert. Gr. Schmerz. Puls auff. kräft. Emphysem d. Bauchdeck. — Operation: Lap. erst 4 Uhr Nachmitt. gefordert. Gerinns. u. blut. Flüss. ausgetupft. Umschlungene

Naht, d. auch d. Periton. mitfasste. Warmwasserumschläge. — Befund i. d. Bauchhöhle: 1½ Pinten Blut in Abd. u. Serum. Kind 9½ ℔, mit Plac. in Bauchh. Ut. contr. Rupt. quer in Vereinigungsstelle v. Coll. u. Corp. Zeich. v. Peritonit nur an 1 Stelle in fossa il. sin. — Verl. d. Wochenbettes: Narcot. 30./I. Ict. Erbrech., Schmerz in Leb.-Gegd. 31./I. Nachlass. d. Erschein. Wunde verklebt. 4 Nad. entfernt. Laxant. spreng. d. Wde. wied. 1./II. Spanng. d. Abds. (Tr. jodi) 120 Pulse. Erbrech. 2./II. Nachlass. P. 120. Diarrh. 3./II. Ict. fort. P. 112. Foetid. Entleerg. ex vuln. 5./II. Schmerz i. Epig. d. L Hypoch. Schlingbeschw. Puls 144. Reichl. Eit. 7./II. Wied. Schmerz, Erbrech. Allm. Genesg. 24./III. Noch einmal Icterus. — Result.: Heilung in 3 Wochen.

Fall 36. Dyer 1865 (Brit. med. Journ. Sept. 9, p. 252, 1865, Schmidt J. 1865, p. 210, Nr. 128). — Anamn.: 37j. IV para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Wehen Mgs. 6 Uhr schwach; nach 2 Stdn. Mund nicht erweitert. Ergotin. Nach 1 Stde. Wehen nicht intensiver. Mittags völl. erweit. Mund. Kopf fest. Nach 1 Stde. Frau sehr schwach: Blut e vag. Kopf weicht nach oben. Geräusch gehört bei Ruptur. Urs.: Promont. vorgewölbt, dünne Musc. — Allg. Befind. währ. und gleich nach d. Rupt.: Frau sehr schwach, bei Besinng. Puls sehr frequ., kl., schwach. Resp. kurz ungestüm. Ht. kalt, reichl. Schweiss. — Operation: Lap. bis 2″ üb. Symphyse, 1″ unterh. Nabel. 5 Stdn. post rupt.-Ut. Silberdraht durch alle Gewebe bis Periton. Breite Heftpfl. Verbd. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind in Eihäuten, Blutgerinnsel, schnell ex abd. Ut. gut contr. — Verl. d. Wochenbettes: Nacht nach Op. gut, wenig Schmerz. Puls 110. Urin gut ab. Lochien. 1. Aug. mehr Erbrechen. 2. Aug. gut. Neuer Verband, nach 8 Tgn. Sutur entfernt. — Result.: Genesung, in 4 Woch. arbeitsfähig. 9. Aug. 63 Fehlgeburt. 11. Juni 64 ebenso i. IV. Mon. 23. Juli 65 Zange, leb. Knabe.

Fall 37. Simpson 1866 (Glasgow med. Journ. 1866.) — Anamn.: X para, 7 ausgetrag. Kind. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 14 Tg. post termin unt. gering. Weh. u. leicht. Blutg. beginnt d. Gebt. Os ut. ext. sehr hoch, für 2 Fing. passabel. Leicht. Blutabgang. Kind lebt noch. Plötzl. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Todt. Kind in Bauchhöhle. Ganz. Ut.-Körper an L Seite zerriss. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 60 Stdn. Sect.: Mikr. Verfettg. der Musc. an Rissstelle.

Fall 38. Whinery 1866 (Am. Journ. o. med. sc. Oct. 1866). — Anamn.: IV para, 27 J. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Norm. Gebt. bis Kopf i. Becken. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Puls rasch, unreg., kl. 110. Pat. unfähig z. lieg. Kindskopf tief auf Perinäum, weicht leicht bis ob. Beck. Eingg. — Operation: Schmerz. Chlor. Lap. Wenig Blut. Seid. Lig. in Bauchwde., welche Periton. nicht durchbohren. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss in Fund., Ut. gut contr., 6″ gr., todt. Knabe i. d. Bauchh. Rupt. von vorn nach hint. Wd. durch Fund. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung in 11 Tg. 1 J. spät. Zange.

Fall 39. Willett 1866 (New York med. record 1866 V). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Compl. Rupt. intra part. — Allg. Befind. währ. und gleich nach d. Ruptur. — Operation: Lap. $2^1/_2$ Stdn. post rupt. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind in Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 40. Howard 1868 (Baltim. Massach. 3 Fälle). — Anamn.: VIII para, 39j., früh spont. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: An norm. Gravid.-Ende nach 3 stünd. heft. Weh., plötzl. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 8 Std. post rupt. ohne Blutg. Silb. Sut. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss v. Orif. int. bis fast Fund. i. R. Ut.-Seite. Ut. gut contr. Riss blut. nicht. Kind in Abd. — Verl. d. Wochenbettes: Hoh. Fieb. Peritonit. — Res.: Tod am 7. Tg. Sect.: spt. Perit.

Fall 41. Barnes 1868 (Transact. o. t. obstetr. soc. Lond. Vol. IX, fol. 1867, XLVIII, 307). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss. Urs.: Hydrocephal. — Allg. Befind. währ. u gleich nach d. Rupt.: Shok. — Operation: Lap. nach 24 Std. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht und Annexe im Abd. Sect.: Ut. in unt. Theil vorn ruptur., fest contr., kein Blut. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach wen. Stdn.

Fall 42. O'Reilly 1869 (Philad. med. surg. Report. Spt. 4, p, 195, 1869). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Keine Blutg., keine Sympt., schwache Wehen, Kopf i. Beckenausgang. Sec. corn., worauf Schmerz i. Rück. u. Mag. Chlorof. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Puls gut, Ht. feucht, kein Erbrech. Nach mehr. Stdn. Kopf i. d. Höhe, Mund geschloss. Kein Collaps. — Operation: Lapar. soft. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Frucht und Annexe heil i. Abd. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 24 Stdn. Sect.: Ut. in ob. $^1/_3$ vorn rupt. contr., kein Blut.

Fall 43. Roesen Diss. 1870 in Bonn. — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht total in Abd. Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 44. (Wie Fall 42.) — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. bald nach Weheneintritt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht in Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 45. Tylecote 1870. (Lancet Nov. 5, 1870). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Gastrotomy. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht i. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Res.: Genesung.

Fall 46. Dépaul Tarnier 1871 (Gaz. des hôp. Nr. 39, 1871). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Künstl. Frühgebt. Collaps. Conj. vera $6^3/_4$ cm Urs. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. in Moribunda. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss an verdünnt. Plac.-Stelle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod (jam Moribunda).

Fall 47. Fourrier 1872 (Bull. gén. de thér. août. 13, 1872) — Anamn. — Verlauf d. Schwang.: 29j. III para. Sec. corn. im Eröffnungs-Stad. kräft. Wehen. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs. 6 Woch. vor Gebt. gefallen; einige Tge. Leibweh. — Blasensprg. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Peritonit. Am 3. Tg. die Frucht neb. d. leer. Ut. constat. Mäss. Blutg. u. Erbrech. n. Rupt. Puls am 4. Tg. frequ. 130—140. Erbrech. Collaps. — Operation: Lap. am 5. Tg. 13—14 cm langer Schnitt, schichtenweise Bauchwd. durchtrennt. Vom brand. Perit. viel entfernt. 3 Knopfnähte. Unt. Wundwink. offen. — Befund i. d. Bauchhöhle: Schwarze übelriechende Amniosflüss., Kopf v. Foet. getrennt, weil bei Extr. sonst leicht Därme laed. word. wär. Periton. schon brandig, ebenso Oment. Därme injic. Ut. gross, mit Blut. verklebt. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. Erste 5 Tge. stink. Ausfluss, brand. Gewebsfetz. Puls 150. Am 5. Tg. deutl. Peritonitis. 4 Wochen Schüttelfröste. — Result.: Heilung in 2 Mon., gebiert 3 Jahre spät. norm.

Fall 48. Senti 1875 (wie Fall 1, Corr.-Bl. für schweiz. Aerzte 1875, V. 473). — Anamn.: Rhach. 1860 Perfor., 1868 sect. c. schnelle Heilg. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 1875. Etw. Schmerz. Blutg. Urs.: Narbenriss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt: Puls kl. schnell. — Operation: Lap. Bauchdeckennaht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ei unverletzt. Gr. Rupt. mit sehr gering. Erschein. vorn Macer. Stell. am Kind. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 8 Tgn. Sect.: ac. Peritonit. Rupt. 9 cm an Schnittstelle.

Fall 49. Hart 1876 (Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 42. 1876). — Anamn.: IV. para, mässig verengtes Becken. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: spont. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 10 Stdn. post rupt. Bauchwd. geschloss. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss 3 cm i. vord. Cervic. Wd. nahe Blase. Kl. Beck. v. viel Coag. u. Fruchtrest. gereinigt, nach Extr. der Frucht. — Verl. d. Wochenbettes: Fast ohne Fieb. — Result.: Genesung in 15 Tgn.

Fall 50. Lahs 1876 (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16). — Anamn.: VI para, gesund. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Spont. Rupt. während d. Aufstehens bei erweitertem Md. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 48 Stdn. post. rupt., weil Querriss sich sehr contrah. hatte. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht i. Abd.-Höhle in ders. zus. gekauert. Halt. wie in Ut. In Perit.-Höhle rothbraune faecul. riech. Flüss. Riss an hint. Ut.-Wand quer, darin Eihautfetz. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 4 Tgn.

Fall 51. Stadfeldt 1878 (Centr. Bl. f. Gyn. 1878, p. 407). — Anamn.: Rhach., III para, 28 J., Kinder stets sehr gross. — Verlauf d. Schwang.: Abd. pend. Schädellage. Ut. R.; L. an Vorderfl.: Tendenz z. Hervorbucht. des erschlafft. Ut.-Gewebes, das sich i. Diam. v. 3—4" vorwölbt, ohne durch promin. Fruchttheil bewirkt zu sein. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 36 Stdn. partus, nach 6 Stdn. Wass. ab, 12 Stdn. darauf Orif. verstrich. Zange. Plötzl. Rupt., aber spont.! und tot. Austritt. Urs. Rhach., gr. Kind. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d.

Rupt. — Chlorf. Nark., Zange, Wendg. Extr., todtgebor. Knabe, 4670 gr. Kopf sehr fest. 37,5 Umfang. — Operation: Lap., weil Rupt. vorn. 16 Sutur. Carbolis. Seide in Ut. Riss. Bauchwde. mit 5 tief. Silb. Sut. u. 5 oberfl. Seidensutur. Reichl. Ausspülg. der Perit.-Höhle mit Carb. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. vorn, quer über Cervix, 13 cm lg. v. ein. lg. rot. z. and. Periton. zeriss. Cervix i. übr. koloss. gedehnt. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 7 Stdn.

Fall 52. Prevot 1878 (Deutsche med. Wochenschr. 1886, p. 664). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. ut. compl. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind i. Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 53. Blach 1879 (Centr.-Blatt für Gyn. 1879, p. 499). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Vorlieg. Kopf drückt auf Damm, nach Blas.-Sprung plötzl. Schrei, Kopf zurück, Lippen blau, heftig. Schmerz i. Abd. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: 2 Stdn. spät.: Puls kl. frequ., keine bedeut. Prostrat. Theile d. Kindes durch Bauchwd. palpab. Per vag. explor.: Riss in vord. Vag. Cervic. Wd. Kopf u. Hand u. Gedärme fühlbar. — Operation: Lap. Riss mit 12 stark. Seid. Lig. (Knot. geg. Scheide geschürzt). Das subperit. Zellgew. so infiltr., dass es für ganze Dicke der Wandfläche gehalt. Erst spät Irrth. entdeckt und Scheidenwd. mitgefasst. — Befund i. d. Bauchhöhle: Plac. frei i. Abd.-Höhle. 500 gr. Flüss. geronnen. Blut. Riss i. vord. Scheid. Cerv.-Wd. — Verl. d. Wochenbettes: Shok, sehr erschöpft. — Result.: Tod nach 22 Stdn. an Erschöpfg. u. Shok.

Fall 54. Schröd. Frommel 1879 (Reben Diss., Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1880). — Anamn.: 2./III. Rach., IV para, 29 J. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 3,6 gr. sec. corn. Zangenvers. Rupt. Urs.: Rhach. Beck. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Puls: frequ. kl. — Operation: Lap. Extr. d. Kindes u. Plac. aus d. Bauchh. Sutur d. Risses, ganze hint. Lippe abgetrag. peinl. Toil. — Befund i. d. Bauchhöhle.: Ut. v. d. hint. Vag.-Wd. völlig abgeriss., hint. Lipp. v. Ut. getrennt. Kind 3990 gr. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 16 Stdn.

Fall 55. Schröd. Frommel 1879, 10./III. (wie Fall 54). — Anamn.: VI para, 35 J. 5 mal künstl. entbund., Kind jedes Mal todt. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Nabelschnurvorfall. Wendg. Cervixrupt. u. tot. Austritt. Extr. Urs.: Verengt. Beck. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Ut.-Irrigat. i. Wochenbett. starke Blutg. — Operation: Cervixrupt. genäht. Am 4. Tg. Peritonit. Lap. Drain des Dougl. (2 Tge. ungestört vor Lap.) — Befund. i. d. Bauchhöhle: Cervix rupt. R. am Ut. Jauch. Inhalt der Bauchhöhle. Mass. Adhäs. Ut. subseptus. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. desolat. Zustd. Am 3. Tge. Athemnoth, frequ. Puls. Meteorism. — Result: Tod folg. Tag, nach 2½ Tgn. pulslos.

Fall 56. Schröder, Frommel 1879. — Anamn.: IV para, 45 J. (wie 54). — Verlauf d. Schwang.: Im V. Mon. Fall bei Glatteis; Rupt. — Geburts-Verl. bis z. Riss.: Urs.: Rupt. durch Fall. — Allg. Befind. währ.

u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Entferng. d. vollst. verjaucht. Frucht ex abd. Resect. der zersetzt. Parthie u. Sutur. 2 Tg. post rupt. — Befund i. d. Bauchhöhle: R. oben am Ut. 5—6 cm lge. Rupt. mit zersetzt. Umgebung. In Tiefe von 2 cm matsch., faulig. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 6 Stdn.

Fall 57. Schröd. Frommel 1879 (wie 54). — Anamn.: V para. Frau St. 4 Mal leicht gebor — Verlauf d. Schwang.: Schieflage, Schult. eingekeilt. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Spont. Rupt. nach stark. Weh. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Starke Blutg., Collaps. Extr. u. Wendg. des total ausgetr. Kindes. — Operation: Lap. (post Extr.). — Befund i. d. Bauchhöhle: Circ. Riss cervic. — Verlauf d. Wochenbettes. — Result.: Tod soft.

Fall 58. (Wie Fall 54.) — Anamn.: III para. 32 J. 1 Mal Forceps. Frau D. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Seit 3 Tgn. Wehen. II. Stirnlage; bedeut. Kopfgeschwulst. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Vor Gebt. schon hoh. Fieb. — Operation: Perfor, schwere Extr. des total ausgetret. Foet., dann Ausspülg. Lap. Riss genäht. Toil. bald. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. L. 5 cm bis Contr. Ring. — Verl. d. Wochenbettes: Schnell. Verfall. Puls fällt. Erbrech. — Result.: Tod nach 14 Stdn.

Fall 59. (Wie Fall 54.) — Anamn.: VI para. 33 J. Frau D. Früh. lange Gebtn. ohne Kunsthilfe. - Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Abnahme d. Weh. Sec. corn. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Wiederholt Forceps versucht; plötzl. Rupt. — Operation: Lap. bald. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind i. Abd.-Höhle frisch todt. Riss v. Cervix tief i. d. eig. Ut.-Musc. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod an Sepsis am 3. Tg.

Fall 60. (Wie Fall 54.) — Anamn.: IX para. 37 J. Frau W. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Nach mehrst. Weh. heft. Blut., dann keine Weh. Wendung u. Extr. der tot. ausgetr. Frucht. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. nach mehr. Stdn. Sorgf. Naht. Toil. Bauchschluss. Drain durch Riss in Abd. eingenäht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Mädch. i. Bauchhöhle nicht ganz ausgetrag., abgestorb., extrah. per vias nat. Gr. Rupt. bis Fundus. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod 36 Stdn. post lapar.

Fall 61. Cormack 1880. (Centr.-Bl. f. G. 1880 p. 366, Amer. Journ. 1880). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Plötzl. Rupt. mitt. i. Gebt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. todte Frucht u. Plac. aus Bauchh. extrah., Ut. genäht mit Seide (weil nicht contr.) Drain durch Ut. u. Bauchwde. Foet. Secret. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes: Secret foetid., stark. Fieb. — Result.: Besserung zunächst; nach 6 Tgn. fast genes. (Tod am 23. Tg. heft. Erkältung, Pneum., Tod). — Sect.: Feste Adhäs. in Rissgegend., theilw. verein., theilw. fistulös, durch Adhäs. v. Bauchh. abgeschloss. In Gegd. der L. Niere Abscess mit pus b. et l.

Fall 62. Harris 1881. (Philad. 1881, C.-Bl. f. G. 1881). — Anamn.: Rhach. Sect. caes. 1 mal. — Verlauf d. Schwang. — Ge-

burts-Verl. bis z. Riss: III para Rupt. der Oper. Narbe. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Extr d. Frucht aus der Abd. Höhle. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 63. (Wie Fall 61). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: III para, zum 2. mal Rupt. der Narbe. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Extr. der Frucht aus der Abd.-Höhle. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. — Result.: Tod.

Fall 64. Howard 1881 (C. Bl. f. G. 1881, p. 166 Balt. Massach). — Anamn.: IV para, 30j. 2 mal Zange 1 mal ohne Hilfe, schwer. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Zange vergebl. Rupt. Urs.: Zange bei eng. Beck. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Lap. Toil. Verschluss durch Silbersuturen. — Operation: Riss v. Fund-R. bis in Cerv. Kind tot in Abd.-Höhle. — Befund i. d. Bauchhöhle: Hoh. fieb. Peritonitis. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod am 7. Tg. an Peritonit.

Fall 65. Howard 1881 (wie Fall 64). — Anamn.: IX para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. in Austreibgs.-Periode. Körp. soft. in Bauchh. 1 Stde. spät. Kopf aus Muttermd. in Bchhle. gefallen. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. strengste Antis. Glasröhre durch unt. Wundwinkel. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss in L. Ut. Seite. Frucht in Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 18 Stdn. Erschöpfung.

Fall 66. Fornari 1881 (Arch. f. G. 1884). — Anamn.: Mäss. verengt. Beck., Rhach. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Wendg. Rupt. Extract. durch den Riss u. natürl. Geburtswege. Urs. Rhach. Beck. Wendg. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro, weil mehr. Darmschling. im Ut. irreponib. u. 3 gr. Chloral den Ut. tetan. nicht heben. Ligatur. an Mutt. Bänd. zu beid. Ut.-Seit. (ähnl. den 2 ob. bei Freund'sch. Oper.), um Blutg. z. hind., dann Lig. im Ut. Hals tief unten, versenkt. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. an R. Seit. Kante. Kind in Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. — Result.: Tod nach 31 Stdn. Peritonit.

Fall 67. Schröd. Hofmey. 1881 (C. Bl. f. G. 1881). — Anamn.: VII para. norm. Becken. — Verlauf. d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: In Eröffn. Per. (selt.!) Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Wendg. Ext. aus Bauchhöhle. — Operation: Lap. weil Ut.Ränd. stark zerfetzt, blut. infiltrirt. Perit. derart abgeriss., dass R. Ovar. mit Stück Mesosalp. entfernt. 20 Nähte a. Ut. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. a. R. Seitenkante v. Fund. bis i. d. Nähe ds. äuss. Mutt.-Mundes. Ganz. Bauchraum voll Blut (neb. d. Frucht., extrah.) — Verl. d. Wochenbettes: Anäm. u. Fieb. — Result.: Tod am 2. Tg. Anäm. Peritonit. — Sect. Ut. wenig contr. Riss 14 cm. Spir.-Präp.: Entf. v. Ov. ext. Contr. Ring = 0,7 cm., in Mitte dr. hint. Ut. Wd. = 4,5 cm., a. Fund. = 2 cm. Cerv. schlecht überall erhalt., reichl. Follik. Kind lg. 43 cm. Kopfumfg. 30, 30,5.

Fall 68. Kaltenbach 1883 (C. f. G. 1883 p. 78). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind.

währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Drains. Bauchh. nicht völl. geschloss. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Excav. ves. ut. geöffnet. Austritt der ganz. Frucht. — Verl. d. Wochenbettes: Bis 5. Tg. fieberfrei. Secund. Inf. beim Drainwechs. — Result.: Tod am 6. Tg.

Fall 69. Müller 1883 (C. f. G. 1883 p. 678). — Anamn: I para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Kurze Geburtsdauer. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Riss sehr schwier. z. näh. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind todt i. Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes: Blutg. nach Draineinlage, herausgenomm. und Tampon. — Result.: Genesung.

Fall 70. King 1884 (Lancet 1884 III. 15 p. 473). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. b. z. Riss: Bei inn. Unters. kein Kindestheil. Rupt. diagn. ohne vorher. Sympt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Starke Blutg. Hand find. Kind i. Bauchhöhle. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind todt i. Abd.-Höhle. Viel Blut. Periton. durchriss. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 71. Schröd. Schuch. 1884 (Inaug. Diss. C. f. G. p. 774, 1884). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Hydroceph. ist Urs. dr. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Gastrot. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Kind todt i. Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung.

Fall 72. Freemann 1884 (Lancet 1884 Dec. 27 1148). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Querlage, Vorf. ds. Armes, 50 Stdn. spät. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. nach 5 Stund. — Befund i. d. Bauchhöhle: Rupt. vorn i. Cervix. — Verl. d. Wochenbettes. — Result: Tod nach 12 Stdn.

Fall 73. Forest 1884 (Amer. Journ. o. obstetr. 1884 pg. 376). — Anamn.: IV para, 1. Zange. spät. norm. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: In Gebt. compl. Rupt. Gefühl als ob im Abd. etwas „emporsteige". — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Puls 100, rasch 120. schwach, Resp. kurz 40 — Operation: Lap. 4 Stdn. post rupt. 1: 2000 Subl. Ausspül. Seidensutur i. Ut. Riss, 9 tiefe 3 oberfl. — Befund. i. d. Bauchhöhle: Viel flüss. Blut und Serum i. Abd.-Höhle. Riss v. Os. int.-1½ inches v. Fund. R. vorn, 3½—4 inch. lang, ohne Periton.-Verletz. Ut. enorm dick a. Fund., os int. dünn. — Verl. d. Wochenbettes: 1. Tg.: Puls 100, kein Schmerz. Erbrech. Abds. Temp. 103 P. 112. 2. Tg. P. 112 T. 103, dunkl. Ausfluss. Abds. T. 103, tympanit. P. 112. — 3. Tg. P. 120, T. 105 tympanit. Loch. geruchlos. Also Temp. zw. 39—41° C. — Result: Tod am 4. Tg. bei sink. Puls, unfühlbar.

Fall 74. Forest 1884 (wie Fall 72). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Zögernde Gebt. Puls 90 gut. Wehen vergehen: Ergotin. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: 10 Min. spät. sist. d. Wehen. Puls 120. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Vorderfl. ruptur. 4 inches lang. Riss. Kind und Plac. todt i. Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 75. Plenio 1885 (C. f. G. 1885 p. 737). — Anamn.: I para. — Verlauf d. Schwang.: Grav. im VIII. Monat. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Trauma, fiel v. Wag. rückl. auf Schult. u. Ruck. oben — Frucht schlägt geg. Wirbels., so Riss vorn. Das Fehl. v. Blut und Fruchtw. i. Abd. durch soft. Contr. ds. Ut. erklärt. In die Vag. konnte es nicht hinab, weil Cervix geschloss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Schmerz, wenige Min. ohnmächtig; Puls 106. Kind. Theile durch Bauchdeck. palpabel. Blutcoag. wenig Blut i. Vag. — Operation: Lap. kein Porro, weil 1) Ut.Ränd. gut aussah. 2) Risslin. vorn, als gut für Secretabfluss angesehen von d. Oper. — Naht nach energ. Desinf. des Ut. Inn. Dünndarm. Schling. mit desinfic. Compresse zurückgehalt. Blut u. Fruchtw. meist herausgeleitet. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ut. contr. Seid. Knopfnähte durch Musc. Ut. u. Drain. zw. inn. Wundränd. in Fund. Nähe bis zur Vag., dann Bauchdeckennaht. Jod.-Gaze. — Riss med. vorn a. Fund.-Orif. int., hier R winkliger Knick nach L, so dass $2^1/_2$ cm Cervix. v. Corp. losgetrennt in d. Bauchh. hing.Ränd. zieml. glatt, ohne seitl. Spalt, geringgrad. suggill. bei d. stark. Contr. Frucht auf Fund. gestützt, Querlage, Steiss R, zus. lieg. kl. Theile geg. Ut., nicht vom Om. maj. bedeckt. Plac. i. Ut. — Nächste Woch. Fieb. Mäss. Tympanit. Druckempfindl. Parametr. a. 2. Tg. L Exsud. palp. Kein Brech. 9 Tge. nie spont. Harnentleerg. Op. Ergot. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Foetid. Loch. = 3% Carb. Aussp. Klysma. Naht platzt durch nächtl. Unruhe. In Folge dess. zw. Ut. u. Bauchd. circumscr. Eiteransammlg., abgeschloss. durch Verklebg. des pariet. Perit. mit d. serös. Ut. Ueberzug. Narbe wied. incid., weil Fing. Commun. mit Ut.-Inn. nachwies; Drain v. Vag. durch Ut. Oeffng. u. Incis.-Stelle d. Narbe hindurch. So Irrig. all. Theile. Fist. verklein. — Genesung.

Fall 76. Stanley Warren 85 (Amer. Journ. o. obst. 1885 July, p. 104). — Anamn. — Verlauf d. Schwang.: III. Mon. Schmerz u. Blut, Cervix verdickt, empfindl., dickl. blut. Secret. Leib aufgetrieb., empfindl. Annahme eines Aborts. In R Fossa il.: Tumor, empfindl. 2 Mon. spät. gravid. Ut. vergrössert u. Herztöne constat. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Missed labour, am 25.—28. Oct. sollte part. sein. Am 29. Rückenschmerz, hört am 7. XI. auf, keine Herztöne mehr. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Zeich. v. Inf. nach 4 Woch. Dilat. Cervic. misslang, auch in Narkose, wo Kranioklast eingeführt. Heft. Blutg. Port. fast völl. v. Ut. geriss. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht weich macer. in die Bauchhöhle gefall. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod am folg. Tag.

Fall 77. Franz 1885 (C. f. G. 1885 p. 62). — Anamn. — Verlauf d. Schwang.: Multip. Norm. Schäd.-Lage. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Seidennaht des Ut. Bauchnaht mit Silb.-Draht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind i heil. Blase todt. i. Bauchh. Riss a. L. Ut. Seite, v. oben bis inn. Muttermund. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung nach 6 Wch.

Fall 78. Fleischmann Langer (Ztschr. f. Heilkde. 1885 Bd. VI.) — Anamn.: Rhach. künstl. Gebtn. 1885 30j. II para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss.: Compl. Riss intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund

i. d. Bauchhöhle: Kind u. Plac. i. Abd.-Höhle, Riss quer i. Perit. Bogenf. Riss. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 79. Fehling 1885 (Volkmann 248). — Anamn.: Osteom. 33 J. VII para. — Verlauf d. Schwang.: Sect. c. abgelehnt. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Wendg. u. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro. extraperiton. Versorgg. — Befund i. d. Bauchhöhle: Querrupt. des Fornix vag. Kind in Eihtn. extrauterin. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 80. Slawjansky 1886 (C. f. G. 1886, p. 222). — Anamn.: IX. para. — Verlauf d. Schwang.: Rupt. i. Gravid. Eine Woche ante part. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Von Pferd umgeworfen, fiel mit L. Leib auf Geleise, v. Wag. auch getroff. Soft. heft. Blutg. e vagina. — Allg. Befind währ. u. gleich nach d. Rupt.: Bauch sehr schlaff, L. unt. deutl. Schädelnähte. Port. nicht verstrich. Mund für 2 Fing. durchgäng. Füsse durch d. Eihte. fühlbar. Risse nicht z. find. Indic.: Explor. Oeffng. d. Bauchwand. — Operation: Porro. 29 Stdn. post. rupt. Erst Explor. Oeffng. Ut. herausgewälzt. Elast. Schlauch, darüb. 2. Schlauch, nachd. Plac. entfernt; fern. durch 2 Lig. Ut. in 2. Hälft. unterbund., mit Ovar. entfernt. Toil. Stumpf i. Bauchwde. eingenäht. — Befund i. d. Bauchhöhle: Frucht und viel Blut mit Vern. cas., Mecon. in Bchhöhle. Riss v. ob. R nach L unt. Ut. durch Rupt. völl. umgestülpt. Plac. fest an äuss. Seite. Beginn. Peritonit. zu bemerk. — Verl. d. Wochenbettes: J. Beginn: Peritonit. Wundfieb., Durchfall, Decubit. J. Allg. günst. Nach 14 Tagn. Nähte entfernt, Stumpf fiel am 23. Tg. ab. Inn. Unters. Ut. Rest nach ob. gezog., an Bchwd. fixirt. — Result.: Genesung.

Fall 81. Sarchi 1886 (C. f. G 1886, p. 303). — Anamn.: XVI. para. — Verlauf d. Schwang.: Erkält. Peritonit. (?) Fieb., Schmerz, Blut., spät. übelriech. Ausfl. e vag. Aufhör. d. Kindsbeweg. 3 Woch. spät. Röthe i. Nabelgegd. Nach 6 Woch. Oeffng., Knoch. sichtbar. Wied. 2 Woch.: Faec. Eingekeilte Schädelknoch. u. weiche schmutz. Masse mit Faeces. Oeffng. führt i. d. mit Bauchdeck. verwachs. Ut.-Höhle. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Fieber. — Operation: Kreuzschnitt, Knoch. u. Foet.-Reste entfernt. Im Fund. 2 um 10 cm v. einand. entfernte Oeffngn.; in beid. Faec, durch beide drang. Fing. i. den mit Ut. verwachs. Darm. Auch in Vag.-Absond. Faec., so dass diese an 3 Stell. (Bauch, Vag., Aft.) entleert w. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes.: Fieb. hört auf nach Entferng. der Foetalreste. Oeffng. verkleinert sich bis Aftergrösse. Nur noch Speisereste passiren, also Commun. mit Dünnd. noch da. Aus der Scheide Faeces. Allg. Zustd. befried. — Result.: Genesung.

Fall 82. Krassowsky 1886 (C. f. G. 1886 p. 477. Arch. f. G. Bd. 32, p. 282. Petersb. Gebär.-Anst.-Journ. 1886 Nr. 1287). — Anamn.: VI para, 36 J. — Verlauf d. Schwang.: Urs. Parametrit. begünst. d. Riss. — Geburts-Verl. bis z. Riss: 5 Stdn. post. rupt. Zang. Vers. Hochgrad. Collaps, dessh. kein Chlorof., Aetherisirung der lin. alb. Mosch. subcut. Schon vorhand. Parametrit. u. Peritonit. vor Beginn der Gebt. Beginn. Agone (Cyanose, kaum fühlbar. Puls, niedr. Temp.). — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. Porro. Unterh. Rupt. elast. Schlinge. Stumpf in unt. Wundwink. befest. Bauch-

höhle mit 1:5000 Subl. irrigirt. Metallnähte. Jodof. Verbd., dann mit 1:8000 Subl. 2 mal Cav. perit. irrig. — Befund i. d. Bauchhöhle: Viel Blut. Kopf zuerst ex abd. Riss vorn L unt. nach R oben. Mikr. serös fibrin. Infiltr. des Ut. Bindegew. u. der Parametr. Technik: Eröffng. u. Unterbindg. fast gleichzeit. Mögl. lang. Stumpf. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. verschwind. allm. 38,4 Temp. 7. Tag: erst. Verbandwechs. 10. Tg. Nähte weg. 12. Tg. Stumpf abgestoss. 17. Tg. Norm. Temp. — Result.: Genesung in 3 Wch.

Fall 83. Favre 1886 (C. f. G. 1887 p. 279 Revue méd. de la Suisse romande 1886, Nr. X). — Anamn: III para. Skoliot. Beckenenge. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Beckenenge. 13 stdge. Geburt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Abd. druckempfindl., keine Herztöne. Kindsbeweg. cess. seit 1 Stde., Kopf in Beck.-Eingg. zurückgetreten. — Operation: Lap. kein Drain. — Befund i. d. Bauchhöhle: Unt. d. Periton. lag Foet. 500 ccm entleer. sich theils cruor, theils flüss. Blut, Plac. flottirt i. Abd.-Höhle. Ut. leer, fest compr. Rupt. nicht gefund. — Verl. d. Wochenbettes.: Schnelle Herzschwäche, 1 mal 38,5, dann fieberfrei. — Result.: Genesung.

Fall 84. Drente 1886 (wie Fall 1.) (Gyn. Klin. Bonn. 28. I. 1886). — Anamn.: 2 mal Sect. caes. — Verlauf d. Schwang.: Sturz i. VI. Mon. Blutklumpen e vag. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Fall, Narbenruptur. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Mäss. Fieb., Scheidenfluss stinkt. Allg. Bef. gut, keine Weh., kleine Knochenpartik. entleert. Nach 1/4 J. Schmerz i. R. Seite, andauernd mäss. fieb. Temp. 39,8. Puls 120. Pat. schlecht ernährt. An Innenseite Oberarm roth, geschwoll., schmerzh.: Venenthromb. — Operation: Lap. weg. schwer. Infect. Durchrieselg. des schwarz. Fruchtsackes, durch den man in festen Kanal, endl. in Vag. dringt. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ut. Sonde stösst auf Knoch. Fragm. durch d. Orif. ut. — Unt. d. Bauchcut. schon schwarz. bröckl. Gewebe, macerirt. Kd. i. Fruchtsack, 31 cm. Riss R oben geg. Niere, unt. durch Ut. i. Vag. — Verl. d. Wochenbettes: Allm. Collaps Puls 145. Temp. 38,6. — Result.: Tod nach einig. Stdn. — Sect.: Absc. endigt unt. i. Ut. durch die daumendicke Rupt., d. i. der Fruchtsack; Kaiserschnittnarbe so sehr gedehnt, Foet. starb dadurch ab u. Ut. contrah. sich.

Fall 85. Jewett u. Skene 1886 (Am. Journ. o. obst. I, 495). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Vergebl. Forceps. Rupt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kd. i. Abd.-Höhle. Rupt. L. Ut.-Seite i. Mitte ds. lg. lat., dess. Falt. abgetrennt., nach unt. bis, aber nicht durch d. Cervix. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung in 11 Tgn., 1 Jahr spät. Zange.

Fall 86. Swayne 1886 (Am. Journ. o. obst. II, 1294). — Anamn.: Multip. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Nachdem das Kind durch Wendg. aus der Bauchhöhle u. dem Riss per vias nat. entfernt war, wird d. Lap. gemacht. Toil. Mehrere Ut. Sutur. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 1 Std.

Fall 87. Lederer 1887 (Prag. med. Woch. S. 1887 Nr. 15). — Anamn.: Eng. Beck. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: eng. Beck. lange Gebt. plötzl. Cessir. der Wehen u. Kindsbeweg. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Kräfte gut. Kindl. Th. dir. unt. Bauchdeck. palp. — Operation: Lap. — Befund i. d. Bauchhöhle: Wenig Blut und Serum neb. d. Foet. i. d. Abd.-Höhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Genesung nach 17 Tgn. 2 J. spät. spont. todt. Kind.

Fall 88. Lederer 1887 (wie Fall 87). — Anamn.: Beck. nicht verengt. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Beck. nicht verengt. Spont. Riss nach kurz. Gebt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Kräfte gut. — Operation: Lap.; bei Extr. der Frucht aus d. Abd. Höhle Prolaps der Milz. — Befund i. d. Bauchhöhle: Ut. contr. Rupt. hint. — Verl. d. Wochenbettes: Vom 3. Tg. heft. Metroperitonit. Eiterg. aus unt. Wundwink. Hypostat. Pneum. — Result.: Tod 9 Woch. post. oper. an acut. Peritonit.

Fall 89. Mason 1887 (Dubl. Journ. o. med. sc. 1887 März). — Anamn.: III para. 2 Gebtn. langwier. ohne Kunsth. todte Kind. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. nach 3 täg. Gebt. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro nach 26 Min. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind dicht hint. Bauchwd. Plac. i. R Lumb.-Gegd. Ut. fest contr. Riss hint. bis in Cervix. — Verl. d. Wochenbettes: Collaps. — Result.: Tod nach 10 Stdn. — Sect.: frische Periton., schief. Nägele'sches Becken mit erhebl. Verschiebg. des unterst. Lend.-Wirbels nach vorn u. unt.

Fall 90. Andrews 1887 (Lancet 1887 IV. 23). — Anamn.: V para. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Forceps versuche. Kind todt in Cav. perit. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro weg. bedrohl. Erschein. — Befund i. d. Bauchhöhle: Riss sehr ausgedehnt u. Wundränd. sehr zerriss., dünn. Ut. nicht contr. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod bald nachher.

Fall 91. Petersb. Geb. A. 87 (C. Bl. f. G. 1887 p. 705). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. compl. intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind aus Bauchh. extrah. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod..

Fall 92. Petersb. Geb. A. 87 (wie Fall 90). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. compl. intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d Rupt.: Kind per vias nat. u. Riss ex. abd. extrahirt. — Operation: Porro erst im Wochenbett gemacht. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 93. Partridge 1887 (Lancet April 23). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verlauf bis z. Riss: Rupt. compl. intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind aus Bauchh. extr. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 94. (Wie Fall 92). — Anamn. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. compl. intra part. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Porro. — Befund i. d. Bauchhöhle: Kind aus Bauchh. extr. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod.

Fall 95. Schwarz 1887 (Virch. Hirsch 1887). — Anamn. — Verlauf d. Schwang.: Im VI. Grav. Mon. Messerstich-Verwund. im Unterleib. — Geburts-Verl. bis z. Riss. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Gedärme u. Kindesbeine hangen heraus. Frucht steckt mit Hals b. d. Unters. i. Ut. Rissränd. — Operation: Lap. Ut. Riss genäht, Toil. — Befund i. d. Bauchhöhle: Extr. per lapar. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Tod nach 5 Tgn.

Fall 96. Koettnitz 1888 (Dtsche. med. Woch. 88 Nr. 2). — Anamn.: 20j. rhach. IV para: 1. Zange 2. Kephalotr. 3. Abort i. 2. Mon. — Verlauf d. Schwang.: Frühgebt beabsicht. Im VII. Mon. Rupt. spont. nach 8stdgn. Wehen. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: conglut. orif., vorhergeh. metrit. u. perimetrit. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Desolat. Puls: kaum z. fühl. sehr frequ. per Vag. wed. Os. ut. noch Port. palp. — Operation: Lap. Kind am Bein aus d. Abd.-Höhle extr., Ut. contr., so dass Plac. schwer erreichbar i. Blutsee. Drain. des Ut. per vag. Narb. Verschluss artif. gelöst (Assist. hält Ut., Oper. bohrt sich mit Fing. e vag. ein). Schnell. Schluss mit doppelt armirt. Seide, Intestina mit Schwamm niedergehalt. Im unt. Wundwink. Drain. — Befund i. d. Bauchhöhle: Koloss. Menge Blut u. Fruchtw. Lösg. dr. Plac. durch feste Contr. des Ut., L durch perimetrit. Stränge fixirt. Netz prolabirt, repon. mit gewärmt. Carboltüchern. Riss circulär — Verl. d. Wochenbettes: Erholg. aus Collaps. — Result.: Genesung nach 5 Woch.

Fall 97. Garrigues 1888 (Phil. med. News. März 1888). — Anamn.: 32j. Multip. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Weh. z. norm. Zt. begonnen, nach ein. Fall. krampfart. Schmerz ohne Shok. Vag. voll Blut. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap.; zu tief. Riss für Porro. 37 tiefe u. oberfl. Seidenlig. u. Schröd., Bauchhöhle mit heiss. Wass. u. heiss. Sublim. 1:5000. — 1 Lit. flüss. Blut i. Abd.-H. Rupt. durch ganz. vord. Theil der hint. Wd. — Befund i. d. Bauchhöhle. — Verl. d. Wochenbettes: Peritonit. — Result.: Tod durch schlechte Wartung. Pat. stand auf, um sich zu bedienen am 4. Tag.

Fall 98. Braun 1888 (Dtsche. med. Wochenschr. 1888 p. 1076). — Anamn.: IX para. — Verlauf d. Schwang.: Intra grav. Rupt. spont. schwarz. Ausfluss. Seit 2 Woch. Eit. aus Nabelfist. u. Scheide, keine Fruchtbeweg. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Peritonit. sacc. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. — Operation: Lap. 6 Woch. post rupt. — Befund i. d. Bauchhöhle: Temp. 40,5 Puls 140. Macer. Frucht i. glatt. Höhle. Riss communic. mit Coll. — Verl. d. Wochenbettes. — Result.: Heilung.

Fall 99. Leopold 1888. — Anamn.: Kaiserschnittcandidatin. — Verlauf. d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Rupt. mit allerschwerst. Läsion. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt. —

Operation: Lap. Ut. hinuntergedrückt, um d. Wundfl. sich nähern z. könn., Blutg. gestillt. Jodof. Strang durch Bauchh. i. d. Scheide. Bauchh. bis auf Ausbreit. dr. Gaze ganz vernäht. — Befund i. d. Bauchhöhle: R seit. Ut. Wd. ganz gelöst. Kind i. Abd. Ununterbroch. Blutg. ex art. uter. — Verl. d. Wochenbettes: Fieberlos. Gaze Strang in III. Woche entleert. — Result.: Heilung.

Fall 100. F. Winckel 1889. — Anamn.: Walpurg. M. 25 J. IV para. letzte 3 Kind. schwier. Gebtn. ohne Arzt, starben bald nachher. — Gesund; norm. Becken. — Verlauf d. Schwang. — Geburts-Verl. bis z. Riss: Urs.: Gross. Kind. 14. II. Abends 6 Uhr Beginn der Wehen. 15. II. Morg. 7: Eihäute platz. 1. Gesichtslage. Vergebl. Zangenversuche in Wohng. der Pat. Nachm. Zerreissg. des Ut. u. total. Austritt ds. Kindes. — Allg. Befind. währ. u. gleich nach d. Rupt.: Per Wagen in die Klinik. — Operation: Lap. 3 Stdn. nach d. Rupt. Querriss vernäht i. Ut. mit sero-serös. Naht. 2 elast. Drains um Ut. Coll. Porro, weil perit. ut. zu stark zerrissen. Amput. ut. cum ovar. Stumpf mit 3 Nähten wie Sänger u. mit dünn. elast. Ligat. versenkt. Zum Blutstill. 2 Seidenlig.; R u. L Bauchwde. mit fil de Florence geschlossen. Vaginalausspülung. Jodof. Tamp. in Scheide. — Befund i. d. Bauchhöhle: Hämatom R sub u. retroperiton. Im Ut. vorn 5—7 cm lange Längsriss. u. ebenso lang. Querrriss., Perit. sehr zerrissen. Kind: Kopfumfang 41 cm 3750 g. 49 cm lang. — Verl. d. Wochenbettes: Kathet. blut. Urin. Erste 3 Tge.: Norm. Temp. Puls stets frequ., der am 4. Tg. über 112 steigt u. bis zum Todestag allm. auf 160 kommt. — Temp.: 4. Tg.: 37,5—38,7. 6. Tg.: 38,0. 7. Tg.: 37,8—37,2—37,5 — plötzl. Nachm. auf 39,5—39,3—39,6. Puls 160. Coll. mit heft. Erbrech. Meteor. u. Erbrechen unregelm. u. nicht zu heftig währd. der ganzen Zeit. Exurese nie spont. Winde gehen seit d. 2. Tge. ab. Am 3. gall. Erbrech., Schmerz R., schlafl. Nacht. — Result.: Tod am 7. Tag. Sect. Auf R Darmbeinschaufel Jaucheherd, communicirt durch Peritonäalriss extra- u. intraperitonäal, bis zur R Niere hinauf. Inf.-Weg führt zu einem Riss im Muttermund. Wenig Flüss. i. Abd. Der Kinderschädel zeigt Fracturen von der Zange, die vom Kinn her angelegt war.

Fall 101. Piltz (Dtsche. Med. Ztg. IX. 103). Ut. Rupt. im Fund. sub partu. — Oper.: Lapar. — Result.: Heilung.

Nachtrag.

Cf. Fall 75. Plenio-Elbing, traumat. Ruptur. 4 J. spät. Eintritt d. Gebt. am Ende der Schwangerschaft. Vollst. Wehenmangel, Blutg. bei tief. Sitz der Plac. Dessh. frühz. Wendg. u. Extract. Aton. Blutg.: Tamponade des Ut. Plac. an Vorderwand im Bereich der alt. Narbe. Mangelnde Wehenthät. u. folgl. Blutg. durch Verwachsg. zw. Ut. u. Bauchwand. (Deutsch, Centr.-Bl. f. Gynäk. XIII. 14. 1889.)